**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Relatório de Estágio

# Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida: Intervenção do enfermeiro

Prevention of domestic accidents in families
with children in the first year of life: Nurse intervention

**Sónia Cristina Fernandes da Silva**

**Lisboa**

**2024**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Relatório de Estágio

# Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida: Intervenção do enfermeiro

Prevention of domestic accidents in families
with children in the first year of life: Nurse intervention

**Sónia Cristina Fernandes da Silva**

Orientadora: Professora Doutora Laura Maria Monteiro Viegas

**Lisboa**

**2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## PENSAMENTO

"Família é contexto natural para crescer.

Família é complexidade.

Família é teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afectivos.

Família gera amor, gera sofrimento.

A família vive-se. Conhece-se. Reconhece-se."

Ana Paula Relvas

# AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pela frequência deste mestrado e pelas oportunidades proporcionadas ao longo do mesmo para a consecução dos meus objetivos.

Às Professoras deste mestrado, especialmente à minha orientadora Professora Dr.ª Laura Viegas, por estimular(em) o meu crescimento intelectual numa procura contínua pela excelência.

Às minhas orientadoras clínicas pela partilha, apoio e orientação na consecução dos meus objetivos.

Às minhas colegas de mestrado, pela coesão, pela força, pela experiência e pelo exemplo de companheirismo.

Às famílias que partilharam as suas vidas e as suas vivências.

À minha filha e aos meus sobrinhos por me permitirem, através dos seus olhos, ver um mundo cheio de oportunidades.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo exemplo de família, união e amor incondicional.

Aos meus amigos, pelo carinho, pela presença e preocupação constante.

À Tinita, minha companheira desta “viagem”, pelo apoio, pela partilha, pelas longas conversas, pelas gargalhadas e por tudo aquilo que vivemos.

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, fizeram parte deste percurso.

O meu profundo e sincero agradecimento!

# ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BCG – Bacilo de Calmette-Guérin

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

DGS – Direção-Geral da Saúde

EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

HVFX – Hospital de Vila Franca de Xira

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção na Família

MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

RACS – Rede Académica das Ciências da Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

sd – sem data

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT – Strenghts, Opportunities, Weaknesses, Threats

WHO - World Health Organization

# RESUMO

O presente relatório constitui um instrumento essencial de avaliação de todo o percurso de estágio e da aquisição e desenvolvimento de competências. Inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar, retrata as atividades de forma analítica e reflexiva desenvolvidas em dois contextos clínicos diferentes – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Saúde Familiar (USF).

Ambos os estágios tiveram como objetivo de o estudante desenvolver um conjunto de competências clínicas que lhe permitiram prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar em diferentes processos de transição e aos vários níveis de prevenção, com ênfase em situações complexas em parceria com a família, a equipa interprofissional e interdisciplinar.

Para além do objetivo acima mencionado, na UCSP foi solicitada a elaboração de um estudo de caso a uma família a vivenciar situações complexas partindo da avaliação segundo o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF).

No estágio na USF foi elaborado um projeto de intervenção de saúde às famílias, cujo título reporta à "Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida: Intervenção do enfermeiro". Teve como objetivo capacitar as famílias com crianças no primeiro ano de vida para a prevenção de acidentes domésticos. Para tal, foi aplicado o Processo de Enfermagem de Família.

Sustentado pelo Modelo de Sistemas de Neuman, este projeto permitiu a caracterização do *core* e de uma das linhas que o envolvem, a identificação de *stressores* e a descrição das atividades inerentes a cada tipo de prevenção – primária, secundária e terciária.

A amostra foi constituída por doze famílias. Onze delas alteraram o seu ambiente doméstico, após as intervenções de enfermagem, reduzindo ou anulando os fatores de risco de ocorrência de acidentes domésticos.

Palavras-chave: famílias, crianças no primeiro ano de vida, prevenção de acidentes domésticos, intervenção do enfermeiro.

# ABSTRACT

This report constitutes an essential instrument for evaluating the entire internship path and the acquisition and development of skills. Inserted in the Curricular Unit Internship with Report of the master´s degree in Community Nursing in Family Health Nursing, it portrays the activities in an analytical and reflective way developed in two different clinical contexts – Personalized Healthcare Unit (UCSP) and Family Health Unit (USF).

Both internships aimed for the student to develop a set of clinical skills that allowed them to provide specialized care in family health nursing in different transition processes and at various levels of prevention, with an emphasis on complex situations in partnership with the family, the interprofessional and interdisciplinary team.

In addition to this objective, during internship in UCSP was asked to prepare a case study for a family experiencing complex situations based on assessment according to the Calgary Family Assessment Model (CFAM).

During the internship at USF, was developed a health intervention project for families, whose title refers to the "Prevention of domestic accidents in families with children in the first year of life: Nurse intervention". The project aimed to empower families with children in the first year of life to prevent domestic accidents. For this goal it was apply the Family Nursing Process.

Supported by the Neuman Systems Model, this project allowed the characterization of the core and one of the lines that surround it, the identification stressors, and the description of the activities inherent to each type of prevention (primary, secondary, and tertiary).

The sample consisted of twelve families. Eleven of them changed their home environment, after nursing interventions, to reduce or eliminate the risk factors of domestic accidents.

Keywords: families, children in the first year of life, prevention of domestic accidents, nurse interventions.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....13
1. ESTÁGIO – UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS .....17
1.1. Descrição do contexto clínico .....17
1.2. Referenciais teóricos de enfermagem .....19
1.3. Atividades desenvolvidas no âmbito das competências .....22
1.3.1. Estudo de caso .....26
2. ESTÁGIO – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR .....27
2.1. Descrição do contexto clínico .....27
2.2. Atividades desenvolvidas no âmbito das competências .....31
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO DE SAÚDE ÀS FAMÍLIAS .....37
3.1. Enquadramento conceptual .....40
3.2. Referencial teórico de enfermagem .....40
3.3. Revisão da literatura: uma revisão s*coping* .....42
3.4. Processo de Enfermagem de Famíla .....43
3.4.1. Avaliação–Recolha de dados da família .....44
3.4.2. Análise de Dados de Avaliação da Família .....51
3.4.3. Planeamento de cuidados à família .....51
3.4.4. Implementação de cuidados de Saúde à Família .....53
3.4.5. Avaliação de Resultados de Cuidados de Enfermagem à Família .....55
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS .....59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....63

ANEXOS

Anexo I - Certificado de participação "XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas"
Anexo II - Autorização para utilização do "Instrumento de medição de risco de lesão não

intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" pela Dr.ª Ana Ramos

Anexo III - Resposta favorável da Coordenadora da USF para o desenvolvimento do estudo

Anexo IV - Resposta favorável do Diretor Executivo do ACeS para realização do estudo

Anexo V - Parecer favorável por parte da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Anexo VI – Fichas com orientações técnicas para a prevenção de acidentes – APSI (sd)

Anexo VII - Certificado de apresentação de Póster "V Congresso Internacional de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar "

Anexo VIII - E-book "V Congresso Internacional de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar"

Anexo IX - Certificado de participação "V Congresso Internacional de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar"

Anexo X - Declaração de participação "3º Fórum Internacional do Autocuidado"

Anexo XI - Certificado de participação "1º Congresso Internacional em Enfermagem da Escola Superior de Saúde – IPVC: Investigação e Diferenciação dos Cuidados"

Anexo XII – Modelo de Sistemas de Neuman

Anexo XIII – "Instrumento de medição do risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014)

Anexo XIV – Guia "Casa segura – Conhecer para melhor proteger" (APSI, sd)

APÊNDICES

Apêndice I – Estudo de caso

Apêndice II – Projeto de Intervenção de saúde às famílias "Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano e vida: Intervenção do enfermeiro"

Apêndice III – Apresentação do projeto à equipa da USF "Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano e vida: Intervenção do enfermeiro"

Apêndice IV – Análise *Swot*

Apêndice V – Cronograma de atividades – Estágio USF 2023/2024 (reformulado)

Apêndice VI – Ação de Formação à equipa de enfermagem da USF "Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida: Intervenção do enfermeiro"

Apêndice VII – Sessão de Educação de Saúde aos pais frequentadores do Curso de Preparação para o Nascimento "Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida"

Apêndice VIII – Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde aos pais frequentadores do Curso de Preparação para o Nascimento

Apêndice IX – Questionário de avaliação dos conteúdos da sessão de educação para a saúde aos pais frequentadores do Curso de Preparação para o Nascimento

Apêndice X – Modelo de Sistemas de Neuman adaptado aos acidentes domésticos – Famílias do projeto de intervenção de saúde

Apêndice XI – Revisão da literatura: uma revisão *scoping*

Apêndice XII – Consentimento Informado, livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Apêndice XIII – Categorização das variáveis ao nível do *core* e da Linha Flexível de Defesa, considerando o Modelo de Sistemas de Neuman

Apêndice XIV – Caracterização das variáveis ao nível do *core*

Apêndice XV – Caracterização da Linha Flexível de Defesa nas variáveis fisiológica, psicológica e sociocultural, considerando o "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014)

Apêndice XVI – Caracterização da Linha Flexível de Defesa na variável fisiológica, considerando o guia "Casa segura – Conhecer para melhor proteger" (APSI, sd)

Apêndice XVII – Avaliação dos fatores de risco considerando o "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014)

Apêndice XVIII – Medição do risco considerando o "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014)

Apêndice XIX – Avaliação dos fatores de risco considerando o guia "Casa segura – Conhecer para melhor proteger" (APSI, sd)

Apêndice XX – Plano de Cuidados às Famílias

Apêndice XXI – Sessão de Educação para a Saúde às famílias “Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida”

Apêndice XXII – *Kit* “Criança segura”

Apêndice XXIII – Questionário aplicado às famílias

Apêndice XXIV – Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde à família

Apêndice XXV – Questionário de avaliação dos conteúdos da sessão de educação para a saúde à família

Apêndice XXVI – Folheto “Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida”

Apêndice XXVII – Póster “Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida”

Apêndice XXVIII – Indicadores de saúde: adesão, atividade, qualidade e resultado

# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das inscrições nos Cuidados de Saúde Primários - UCSP.....18
Figura 2- Distribuição das inscrições nos Cuidados de Saúde Primários - USF .....27
Figura 3- Utentes por Médico/Enfermeiro de Família USF .....30
Figura 4 - Percentagem de registos de distúrbio ansioso/ansiedade e de perturbações depressivas no último quinquénio no ACeS.....32

# INTRODUÇÃO

O relatório que doravante se apresenta, foi elaborado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como objetivo materializar a descrição do percurso realizado durante os Estágios, sustentado por uma reflexão crítica desse mesmo percurso, dando-se destaque ao desenvolvimento das competências especializadas.

Os estágios em questão compreenderam dois momentos, em dois locais distintos – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Saúde Familiar (USF) – com o objetivo de o estudante desenvolver um conjunto de competências clínicas que lhe permitiram prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar em diferentes processos de transição e aos vários níveis de prevenção, com ênfase em situações complexas em parceria com a família, a equipa interprofissional e interdisciplinar.

O estágio na UCSP foi realizado no período compreendido entre 8 de maio e 02 de junho de 2023 com uma carga horária de 244 horas. Para além da prestação de cuidados de enfermagem às famílias, foi solicitada a seleção de um sistema familiar a vivenciar situação(ões) complexa(s) para a elaboração de um estudo de caso. Para o estudo de caso em questão, optei pela aplicação do Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) (Wright & Leahey, 2011), tendo em conta a posição adotada pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (Ordem dos Enfermeiros [OE], (2023) relativamente à escolha do modelo como referencial em enfermagem de saúde familiar. Ainda relativamente ao estudo de caso, e porque esta família estava a vivenciar uma transição de saúde - doença, sustentei o mesmo na Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010).

Para a construção de uma relação com esta família e com cada um dos seus membros de forma individual considerei ser pertinente a integração da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (Howk, 2004). Sendo um processo interpessoal, foi necessária alicerçar a minha prática profissional nesta teoria como forma de nortear a minha ação, auxiliando-me na consecução do meu objetivo.

Importa referir que por ter sido um estágio de apenas quatro semanas, e na

impossibilidade de se realizar intervenções posteriores com uma avaliação correspondente, foi elaborado um plano de cuidados com proposta de intervenções e sua avaliação. Não obstante esta condicionante, a realização deste estágio e consequente estudo de caso foi bastante profícua, na medida em que possibilitou a articulação dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares que compreendem o Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com particular atenção aos modelos e teorias de abordagem sistémica das famílias.

O estágio na USF teve início a 5 de junho de 2023 e término a 9 de fevereiro de 2024 (520 horas) e teve como objetivo, para além do exposto anteriormente, o desenvolvimento de um projeto de intervenção de saúde às famílias, delineado no início deste estágio, com o enfoque na obtenção de ganhos em saúde para as famílias.

O tema que serviu de mote para este projeto foi escolhido partindo de uma necessidade detetada. Os acidentes domésticos, ocorrência transversal em qualquer idade, têm, para mim, um enorme impacto quando as vítimas são crianças. Passíveis de serem prevenidos, estes acidentes continuam a ser subestimados cabendo ao enfermeiro um papel preponderante na sua prevenção. Nas consultas de saúde infantil e visitas domiciliárias às famílias com crianças no primeiro ano de vida é, infelizmente, bastante frequente presenciarmos comportamentos de risco para com as mesmas, no que diz respeito à sua segurança e, por conseguinte, não preventivos de acidentes domésticos.

Poder desenvolver este projeto, que se coadunou com os objetivos académicos, com os objetivos da USF e com os objetivos de saúde das famílias, veio preencher algumas lacunas do ponto de vista profissional, permitindo-me integrar igualmente o cariz pessoal, alicerçado na literatura científica que suportou todo o projeto.

Os acidentes domésticos representam um número elevado de óbitos por todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2022), bem como de anos de vida perdidos devido a incapacidades decorrentes desses mesmos acidentes. De acordo com a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI, 2022, p.2), "Em Portugal, entre 1992 e 2020, mais de 6500 crianças e jovens morreram na sequência de um traumatismo e lesão não intencional ou acidente." significando "a perda de quase 380 mil anos potenciais de vida perdidos (INE) – anos em que as crianças não puderam crescer, aprender e contribuir para a sua comunidade e sociedade em geral." (APSI,

2022, p.2). Paralelamente aos óbitos, há ainda a referir milhares de internamentos todos os anos devido a acidentes domésticos, que, em muitos deles, deixam sequelas irreversíveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012).

De acordo com o sistema de Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA), o local onde mais ocorrem os acidentes é a "casa" (Instituto Nacional de Saúde [INSA], 2020). Posto isto, e sendo a "casa" um local de risco, o comportamento parental é um fator decisivo na prevenção de acidentes domésticos, tendo em conta que são eles que passam a maior parte do tempo com os filhos. A responsabilidade inerente ao papel parental implica uma atenção redobrada em crianças no primeiro ano de vida. O primeiro ano de vida compreende uma etapa de desenvolvimento motor e cognitivo propenso à descoberta do meio envolvente, que se não for adaptado aumentará, por si só, o risco de acidentes.

Não obstante a redução significativa em Portugal nos últimos 30 anos, em relação à mortalidade de crianças e jovens por traumatismos e lesões não intencionais (APSI, 2022), há ainda um longo caminho a percorrer na prevenção dos mesmos. Caberá ao enfermeiro a avaliação dos fatores de risco para a ocorrência de acidentes domésticos na criança, família e ambiente doméstico e a capacitação da mesma para a prevenção dos acidentes domésticos.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde infantil e Juvenil (DGS, 2013), o enfermeiro deverá estimular a "adoção de comportamentos promotores de saúde, entre os quais relacionados com a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidente" (p.9). Sem prejuízo do observado nas consultas de enfermagem, com destaque nos comportamentos de risco presentes, é de particular importância acautelar meios para a visita domiciliária (DGS, 2013). A visita domiciliária, como contexto promotor da saúde e preventivo de doença, é um excelente recurso de proximidade entre o enfermeiro de família e as famílias (Decreto-lei nº 118/2014). Permite, assim, conhecer a realidade da mesmas no seu próprio ambiente, facilitando, deste modo, a deteção precoce de fatores de risco de acidentes domésticos, que, em situação de contexto de consulta na USF, seria difícil detetar. Face ao plasmado e considerando perspetivas futuras de continuidade, foi delineado um projeto de intervenção de saúde às famílias para o estágio na USF que teve como objetivo geral capacitar as famílias com crianças no primeiro ano de vida para a prevenção dos acidentes domésticos.

O instrumento metodológico adotado neste projeto foi o Processo de Enfermagem de Família (Ross, 2005).

De acordo com a OE (2023), "Os modelos e as teorias de enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) expõe" (p.2). A conceptualização deste projeto sustentou-se no Modelo de Sistemas de Neuman. Este modelo, agregador de uma visão holística, considera a pessoa, família e comunidade (cliente) como um sistema, numa contínua interação com o ambiente onde esta se encontra (Neuman, 2011). Este ambiente, propenso à presença de *stressores*, tem potencial para provocar uma reação ao *stress*, determinando, deste modo, uma possível instabilidade no sistema (Neuman, 2011). Compete ao enfermeiro ajudar a família a encontrar a estabilidade tão importante para o funcionamento adequado do seu sistema, atuando nos três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária. O Modelo de Sistemas de Neuman, com a sua adaptabilidade à temática dos acidentes domésticos foi fundamental para estruturar todo o projeto de intervenção de saúde às famílias ao considerar, como sistema cliente, a família (pais e criança) e a casa, identificando as variáveis que caraterizam o *core (pais e criança)*, bem como as linhas que o envolvem. Este Modelo permitiu diferenciar cada uma das ações relativas a cada nível de prevenção orientando a prestação de cuidados às famílias alvo do projeto.

O relatório compreende todo um processo de aprendizagem e segue os orientações da OE (2021) referentes à sua elaboração. O presente documento constitui-se pela apresentação dos dois momentos de estágio – UCSP e USF, a descrição de cada um dos contextos, os referenciais teóricos que suportaram toda a prática, atividades desenvolvidas no âmbito das competências em ambos os contextos de estágio, a análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e especializadas e do grau de mestre adquiridas ao longo dos estágios, as considerações finais e por último as referências bibliográficas que sustentam este relatório. Faz ainda parte deste relatório o volume apresentado em separado relativo a anexos e apêndices.

O relatório foi redigido de acordo com o "Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa" (Godinho, 2023).

# 1. ESTÁGIO – UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

## 1.1. Descrição do contexto clínico

A UCSP onde foi desenvolvido o primeiro momento de Estágio está inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Lezíria. Os ACeS constituem "serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica" (Decreto-Lei n.º 28/2008). Consideram-se como unidades funcionais as USF, as UCSP, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), podendo, caso venham a ser considerados imprescindíveis, outras unidades ou serviços (Decreto-Lei nº 28/2008). Cada uma destas unidades, autónoma do ponto de vista organizativo e técnico, assenta numa equipa multiprofissional, garantindo deste modo, a intercooperação com as unidades funcionais que compreendem o(s) centro(s) de saúde e o próprio ACeS (Decreto-Lei nº 28/2008).

O ACeS Lezíria está situado na Lezíria do Tejo. Com uma área aproximada de 3500 Km2, compreende 73 freguesias e disponibiliza cuidados de saúde a 204455 utentes (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT], 2023).

Este ACeS engloba sete UCC (Almeirim e Alpiarça, Cartaxo, Chamusca e Golegã, Ponte para a Saúde, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém), seis UCSP (Almeirim, Cartaxo, Marinhais Glória, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém), uma URAP (Lezíria), catorze USF (Almeida Garrett, Alpiarça, Alviela, CampuSaúde, Cartaxo Terra Viva, Chamusca, Côrtes D'Almeirim, D. Sancho I, Foral Novo, Planalto, Salinas de Rio Maior, São Domingos, Vale do Sorraia e Villa Romana) e uma USP (Lezíria) (ARSLVT, 2023). Conta, no quadro de pessoal, com 602 colaboradores de vários grupos profissionais, sendo 187 o número de enfermeiros (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023).

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde primários com a máxima qualidade, imperando a equidade, à população dos concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém (SNS,

2017). A sua visão e valores assentam numa melhor e mais saúde para os utentes e melhor acessibilidade, equidade, qualidade, inovação, criatividade, satisfação, respetivamente (SNS, 2017). Importa referir que à data da elaboração do presente relatório, o ACeS Lezíria, juntamente com o Hospital de Santarém integram a Unidade Local de Saúde (ULS) da Lezíria (SNS, 2023).

A UCSP onde desenvolvi o estágio compreende duas unidades de saúde de duas localidades distintas, não sendo possível, por este motivo, desagregar os dados relativos de cada uma delas de forma independente. Deste modo, na UCSP estão inscritos 10638 utentes o que corresponde, em unidades ponderadas, a 14742 unidades (Figura 1).

*Figura 1 - Distribuição das inscrições nos Cuidados de Saúde Primários - UCSP*

Fonte: BI CSP (link ocultado para preservar identidade da UCSP)

Do ponto de vista arquitetónico, a UCSP está inserida num prédio, ocupando o rés-do-chão do edifício. Este espaço sofreu alterações estruturais para dar resposta às necessidades da equipa e dos próprios utentes. Deste modo, compreende três gabinetes médicos (dois deles com casa de banho), uma sala de tratamentos, dois gabinetes de enfermagem polivalentes, um balcão de atendimento ao público, uma casa de banho para os utentes, um espaço de refeições e um armazém para o material de consumo clínico, que engloba, igualmente, os vestiários para os funcionários. Esta UCSP tem um espaço dedicado às crianças os 0 aos 10 anos, inaugurado em 2018, e que surgiu no âmbito de um projeto delineado pela Enfermeira Orientadora, como forma de humanizar a prestação de cuidados às crianças dessa faixa etária, reduzindo, deste modo, a ansiedade associada à sua permanência naquele espaço.

Relativamente aos recursos humanos, a UCSP onde decorreu o estágio tem como recursos internos duas enfermeiras (ambas com Especialidade em Enfermagem Comunitária), duas assistentes técnicas, duas assistentes operacionais e três médicos contratados para fazer face à saída, por aposentação, dos médicos que compunham anteriormente esta unidade de saúde.

A UCSP conta, ainda, com os recursos do próprio ACeS, ou seja, a USP, a URAP e o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP). A URAP presta cuidados assistenciais de psicologia, saúde oral (dentista), terapia da fala, serviço social, cardiopneumologia (com realização de eletrocardiograma), Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial e espirometrias, para onde os utentes podem ser encaminhados caso assim se venha a determinar a sua necessidade.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 (2019) cada enfermeira tem atribuída uma lista de utentes. Segundo a plataforma Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), em maio de 2023 a lista atribuída à enfermeira orientadora correspondia a 1873 utentes, verificando-se o incumprimento da dotação segura dos cuidados de enfermagem em UCSP de 1550 utentes para cada enfermeira (Regulamento n.º 743/2019). Para agravar esta situação, a saída de um elemento da equipa de enfermagem para outra unidade compeliu as duas enfermeiras a assegurarem os cuidados de saúde aos utentes dessa lista salvaguardando o acesso equitativo de toda a população. Deste modo, pode afirmar-se que a enfermeira trabalha com o modelo de enfermeiro de família, prestando cuidados às famílias que compõem a sua lista ao longo do ciclo vital. As consultas de Saúde Infantil e Juvenil, bem como de Saúde Materna, Planeamento Familiar, Rastreio do Cancro do Colo do Útero, Hipertensão Arterial e Diabetes são realizadas de acordo com este modelo, em parceira com o médico. Pela falta de um elemento da equipa de enfermagem não são prestados os cuidados de saúde aos utentes no âmbito da visita domiciliária, cabendo à equipa da UCC essa mesma prestação. A UCSP funciona de segunda a sexta-feira das 9h às 17h.

## 1.2. Referenciais teóricos de enfermagem

Os modelos teóricos servem de embasamento à prática de enfermagem, suportando-a e elevando-a a padrões de qualidade que se requer nos cuidados

especializados que se prestam aos utentes e família (OE, 2021). A escolha do modelo pressupõe um conhecimento prévio do mesmo para se garantir uma sustentação adequada das decisões e ações que promovam o desenvolvimento de competências em estreita ligação com as famílias alvo dos cuidados (OE, 2021).

Tal como descrito anteriormente, a escolha do Modelo Calgary de Avaliação da Família (Wright & Leahey, 2011) para a realização do estudo de caso, baseou-se na posição adotada pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária relativamente ao referencial a adotar em enfermagem de saúde familiar (OE, 2023). Não obstante a recomendação plasmada anteriormente, considero pessoalmente este modelo como uma estrutura particularmente orientadora quer do meu pensamento crítico, quer da minha prática profissional na avaliação realizada às famílias, direcionando as intervenções para os problemas identificados de forma colaborativa com as mesmas.

Desenvolvido por Wright e Leahey em 1984, este modelo, que compreende três categorias – estrutural, de desenvolvimento e funcional – veio sendo revisado e aperfeiçoado até a 5ª edição (Wright & Leahey, 2011). O modelo permite a avaliação da família numa perspetiva multidimensional, integrada, com base nos fundamentos teóricos dos sistemas (Wright & Leahey, 2011). Tal como referido anteriormente o modelo comporta três categorias, contendo cada categoria diversas subcategorias. Pese embora não seja necessário avaliar todas as categorias e subcategorias, importa reforçar a potencial perda da visão dos pontos fortes ou problemas da família, bem como da sua situação na ausência dessa avaliação (Wright & Leahey, 2011).

Para o estudo de caso considerei a avaliação das três categorias e de algumas subcategorias. Esta posição permitiu-me uma colheita de dados minuciosa, tão importante na avaliação e posterior intervenção à família a vivenciar uma situação particularmente complexa.

Ainda relativamente ao estudo de caso, e porque esta família estava a vivenciar uma transição, sustentei a prática na Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010). Todas as famílias e cada um dos seus membros vivenciam, de uma forma ou de outra, mudanças ao longo da sua vida. Schumacker e Meleis (2010) consideram que, quer o indivíduo, quer a família podem estar sujeitos a experienciar essas mesmas mudanças, tendo-lhes atribuído o nome de transições. Entende-se por transição como um período

da vida entre duas fases estáveis (Chick & Meleis, 2010). Podemos experienciar, de acordo Schumacher e Meleis (2010) transições de natureza distinta, podendo estas ser do tipo organizacional (mudanças sociais, políticas, ambientais, económicas, organizacionais), de desenvolvimento (ocorridas ao longo do ciclo vital), situacional (alterações de papéis) e de saúde-doença (mudança de um estado de saúde para um de doença).

A situação de doença vivenciada por um dos elementos da família remeteu-me para esta teoria. Esta transição (saúde – doença) ocorre quando se passa de uma situação de bem-estar para uma situação de doença sendo habitualmente lenta, permitindo a incorporação de sentimentos e comportamentos relativos à nova condição (Meleis, 2010). Porém, mudanças na condição de saúde de qualquer indivíduo conferem um grau de vulnerabilidade, expondo o mesmo a potenciais danos, recuperações problemáticas ou lentas, bem como ausência de *coping* (Meleis et al., 2000).

Sendo, habitualmente, os enfermeiros os primeiros cuidadores da família e de cada membro que dela fazem parte, cabe aos profissionais de saúde a preparação para as transições que são inerentes ao próprio ciclo vital, facilitando o processo de aquisição de novas competências (Meleis et al., 2000) para que a família e cada um dos seus membros possam vivenciar cada transição da forma mais saudável possível (Chick & Meleis, 2010). A sustentação da minha prática profissional nesta teoria permitiu-me alcançar os objetivos definidos com a família, seguindo sempre a visão da mesma sobre si própria.

As Teorias de Enfermagem permitem uma reflexão sobre a profundidade do cuidado à família e a cada um dos seus membros e, verdade seja dita, não existe cuidado sem uma relação. Esta relação, construída numa base terapêutica, é caraterizada pela parceria que se estabelece com a família e com cada um dos seus membros, orientada para o respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, com o propósito de ajudar a alcançar o seu projeto de saúde (OE, 2001).

Durante este estágio, e direcionando para as intervenções relacionadas com a elaboração do estudo de caso, foi fundamental para a construção da relação com a família e com cada um dos seus membros o alicerçamento da mesma na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. Peplau define essa relação um processo interpessoal entre enfermeiro e indivíduo onde incorpora as fases que decorrem durante esse

processo (Howk, 2004). Esta teórica definiu quatro fases na relação entre o enfermeiro e o indivíduo: orientação, identificação, exploração e por último a resolução (Howk, 2004). Num paralelismo entre e teoria e a minha prática profissional, foi possível percorrer cada uma destas fases que correspondeu aos momentos deste processo interpessoal que culminou com a libertação progressiva do elo entre a enfermeira e a família e cada um dos seus membros. Na família em questão, este processo interpessoal permitiu um crescimento pessoal e a alteração das dinâmicas familiares tão importante para a restauração do seu equilíbrio e a consecução dos seus objetivos.

## 1.3. Atividades desenvolvidas no âmbito das competências

A realização do primeiro momento de estágio compreendeu o período entre 8 de maio e 2 de junho de 2023. Tal como descrito anteriormente, o estágio decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do ACeS Lezíria que, à data de hoje, integra a ULS Lezíria. Este estágio teve como objetivo desenvolver um conjunto de competências clínicas que me permitiram prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar em diferentes processos de transição e aos vários níveis de prevenção, com ênfase em situações complexas em parceria com a família, a equipa interprofissional e interdisciplinar. A descrição das atividades que se apresentam doravante seguem o regulamentado pela OE relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018).

No início do estágio foram garantidas as condições de um processo de integração adequado por parte da enfermeira orientadora, o que possibilitou a prestação de cuidados de enfermagem pautados por padrões de qualidade elevados, às famílias e a cada um dos membros, ao longo do seu ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção.

Tendo o estágio uma duração de apenas quatro semanas considerou-se, especialmente, as situações de transição vivenciadas por cada família e por cada um dos seus membros. Dentro das transições, direcionou-se os cuidados às famílias e a cada um dos seus membros, para aquelas de maior complexidade, estimulando a família e os seus membros a alcançarem os seus objetivos de saúde.

Durante a prestação de cuidados às famílias e a cada um dos seus membros foi possível estabelecer uma relação com a máxima responsabilidade com o enfoque na promoção de saúde, prevenção de doenças e controlo de situações de especial complexidade (desemprego, doença, divórcio). As consultas de enfermagem realizadas durante este estágio permitiram criar momentos oportunistas para conceber planos de ação com as famílias, com o intuito de capacitar as mesmas para o fortalecimento da sua própria saúde, nomeadamente nos Programas de Saúde de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Saúde Materna. Na implementação destes planos de ação foi necessário negociar os melhores cuidados de acordo com as preferências da família e de cada um dos seus membros, com recurso às próprias famílias e a cada um dos seus membros, bem como à equipa multiprofissional (médico assistente, psicóloga e enfermeira da UCC). As tomadas de decisão clínica assentaram sempre nos princípios ético-deontológicos que definem a enfermagem, permitindo enfatizar quer o profissional, quer a própria profissão.

Importa referir que foram sempre consideradas as crenças culturais e espirituais da família e de cada um dos seus membros, bem como fatores ambientais e recursos familiares (cônjuges, filhos, sobrinhos) na resposta que cada família teve relativamente às situações complexas. Nalgumas famílias foi possível recorrer ao ecomapa/mapa de rede social para enfatizar esses mesmos recursos e orientar as famílias na mobilização dos mesmos.

Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde familiar contemplou-se a criação de um ambiente terapêutico e seguro, quer nos tratamentos curativos, quer na discussão de assuntos mais sensíveis durante as consultas de enfermagem dos programas instituídos na UCSP. Foi extremamente importante a discussão deste assuntos como forma de observação das interações familiares, integrando a componente da comunicação verbal e não-verbal. A comunicação permitiu a identificação das necessidades das famílias e de cada um dos seus membros e, por conseguinte, a facilitação da concretização dos seus objetivos. A comunicação foi, sem dúvida, a principal ferramenta terapêutica que dispus durante este estágio. A comunicação é, para Phaneuf (2005), um processo onde é possível criar e recriar informação, sendo igualmente possível partilhar e colocar entre as pessoas sentimentos e emoções. É, deste modo, condição *sine qua non* na qualidade dos

cuidados de enfermagem prestados, independentemente do contexto, ou da etapa de vida que estão a vivenciar (Phaneuf, 2005). Poder articular esta essência, juntamente com o adquirido na Unidade Curricular Comunicação em Enfermagem de Saúde Familiar, foi uma das mais-valias para a consecução deste percurso académico.

Importa referir que, apesar de imiscuída nos cuidados de enfermagem, a comunicação não se considera terapêutica se não existir uma intencionalidade, se não for consciente e não houver uma interação que permita a concretização de uma resposta individualizada à pessoa alvo dos cuidados de enfermagem e, por conseguinte, uma melhoria desses mesmos cuidados (Loch, Gauer, & Casado, 2008). Foi esta intencionalidade que esteve presente durante as intervenções realizadas nos sistemas familiares.

As entrevistas realizadas durante o estágio, com especial enfoque nas realizadas durante o estudo de caso (que se explana posteriormente), permitiram-me integrar inúmeras técnicas de intervenções interacionais. Para além da sua formação académica, os enfermeiros poderão e deverão mobilizar conhecimentos de outras ciências para a sua tomada de decisão, como é o caso da psicologia. Para tal, a incorporação na prática profissional de intervenções à família baseada nas aplicadas em psicologia foi, sem dúvida, relevante, pois permitiu-me, juntamente com a família e com cada um dos seus membros gerar mudança. Durante este estágio foi possível integrar nas entrevistas às famílias as seguintes intervenções: o ritual terapêutico, a conotação positiva e a metáfora.

O ritual terapêutico consiste na prescrição de rituais terapêuticos, isto é, a prescrição de uma tarefa ritual à(s) família(s), com o propósito de mudar a regra do jogo familiar (Relvas, 2003). Para que isto aconteça é necessário criar "uma experiência insólita que bloqueie os pensamentos comunicacionais rigidificados da família" (Relvas, 2003, p. 94). Durante as entrevistas para a realização do estudo de caso foi possível perceber que a família continuava a partilhar as refeições de domingo com as filhas, porém não o fazia nos outros dias enquanto casal. Um dos rituais instituídos foi voltarem a partilhar a refeição juntos, bem como retomar a ida ao cinema e teatro, que tanto gostavam.

A conotação positiva é uma mensagem positiva do enfermeiro para a família em que determinado problema é visualizado com algo lógico e com significado para o

contexto em questão (Barbetta, 2017). Esta técnica foi particularmente importante no estudo de caso, pois permitiu à família reforçar os seus pontos fortes, através da qualificação positiva dos comportamentos e regras familiares, como era o caso do almoço com as filhas aos domingos.

Por último, foi possível o uso da metáfora nas intervenções às famílias. Conhecida como recurso expressivo, a metáfora é utilizada como técnica interacional. A metáfora narrativa (de entre vários tipos de metáforas) é aquela que mais se adequa, pois permite a expansão do pensamento das pessoas de modo a permitir que as mesmas descubram uma maneira diferente de olhar para si mesmo e para os seus problemas (Nichols & Schwartz, 2007). Durante as entrevistas para o estudo de caso foi possível orientar a senhora (que passava por uma transição de saúde-doença), a olhar novamente para si e a redescobrir tudo aquilo que ela achava ter perdido – a sua força, a sua autoestima e o seu gosto pela vida.

Este tipo de intervenções permitiu a articulação teórico-prática dos temas abordados na Unidade Curricular Intervenções de Enfermagem nos Sistemas Familiares.

Importa referir que a prestação dos cuidados de enfermagem na UCSP seguiu o Código Deontológico (OE, 2015), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018), as recomendações dos Programas de Saúde, bem como dos Programas de Saúde Prioritários criados pelo Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, alterado pelo Despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, no âmbito do Plano Nacional de Saúde (SNS, 2022).

Para terminar gostaria de salientar a promoção do meu desenvolvimento pessoal e profissional ao ter assistido ao "XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas" (Anexo I), organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em formato online. Este encontro permitiu-me refletir sobre o impacto das alterações demográficas nas dinâmicas familiares e nos próprios cuidados de saúde, bem como adquirir conhecimentos sobre sustentabilidade no ensino e na educação para a promoção da saúde das famílias.

### 1.3.1. Estudo de caso

Neste primeiro contexto de estágio foi solicitada a elaboração de um estudo de caso (Apêndice I). O estudo de caso pode ser definido como um instrumento que visa a promoção do desenvolvimento de competências para a tomada de decisão e orienta o aluno na análise de um problema, fenómeno ou situação específica, na avaliação da situação, na priorização de intervenções, na análise da evolução e validação das possíveis situações (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Seguindo orientações prévias por parte da Professora regente da Unidade Curricular Estágio com Relatório, selecionou-se um sistema familiar a vivenciar situação(ões) complexa(s). A escolha do sistema familiar partiu da identificação por parte da enfermeira orientadora que, conhecendo a família, considerou ser bastante pertinente o desenvolvimento desta atividade.

Não obstante a permanência neste contexto de estágio por apenas quatro semanas, esta atividade foi bastante profícua na medida em que me permitiu a realização de um estudo profundo das necessidades e problemas da família e de cada um dos seus membros, impulsionando a prática profissional na identificação da(s) melhor(es) estratégias para a resolução desses problemas sempre em colaboração com a família. Este estudo de caso permitiu-me, igualmente, explorar a dinâmica familiar e as respostas comportamentais subliminares que um dos membros da família apresentou (embora não estando explícito, foi subentendido) e que poderá ter influenciado a ausência do outro membro durante as entrevistas. Não obstante esta situação, o objetivo de saúde desta família foi atingido, com a procura de ajuda especializada por parte de um dos membros da família e com mudanças comportamentais que permitiram a estabilidade (que deve caracterizar os estados entre as transições).

# 2. ESTÁGIO – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

## 2.1. Descrição do contexto clínico

O segundo momento de estágio decorreu numa USF inserida na atual ULS Estuário do Tejo. Esta ULS compreende a instituição hospitalar Hospital de Vila Franca de Xira e o ACeS Estuário do Tejo e foi constituída em janeiro do presente ano (Hospital de Vila Franca de Xira [HVFX], 2024).

A ULS Estuário do Tejo tem como missão a promoção e a preservação da saúde através de ações de informação apostadas em aumentar a literacia em saúde em todas as faixas etárias, prevenindo, deste modo, a doença, bem como a garantia à população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira do acesso a serviços de saúde de qualidade, de forma personalizada, equitativa, oportuna e próxima (HVFX, 2024). A ULS Estuário do Tejo assume, ainda, o desenvolvimento de programas de apoio e acompanhamento aos Cuidadores Informais bem como aos núcleos familiares dos doentes crónicos (HVFX, 2024).

A USF onde decorreu o estágio dá resposta aos 12574 utentes (15821 unidades ponderadas) (SNS, 2023) de 4 freguesias (Figura nº 2).

*Figura 2- Distribuição das inscrições nos Cuidados de Saúde Primários - USF*

Fonte: BICSP (link ocultado para preservar identidade da USF)

Esta unidade de saúde tem como missão prestar cuidados de saúde globais em tempo útil à população, com a garantia de acessibilidade, personalização, continuidade, globalidade, efetividade e satisfação aos utentes e aos seus profissionais (SNS, 2023). A

sua visão assenta no princípio de excelência, garantindo, desta forma, a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos cuidados, tendo por base a constante dinamização, atualização e modernização dos conceitos e atividades da equipa (SNS, 2023). Espera-se, portanto, uma USF aberta à participação dos utentes nela inscrita, confiando nas suas competências (SNS, 2023). Os valores partilhados pela USF baseiam-se na universalidade do acesso aos cuidados de saúde, na centralidade dos utentes (com foco nas pessoas e famílias), na autonomia da organização e na prestação de cuidados com responsabilidade e transparência, no desempenho clínico baseado na melhor evidência científica, nos princípios da melhoria da qualidade na gestão clínica e por último na implementação de auditorias internas (SNS, 2023),

A USF foi desenhada no ano de 2000, por um gabinete de arquitetos, para o propósito a que se destinou. Porém, até à data de hoje, já sofreu algumas alterações arquitetónicas para dar resposta aos requisitos impostos para candidatura a USF modelo A e posteriormente a Modelo B. Do ponto de vista arquitetónico tem duas alas. Uma das alas é composta por sete salas (uma sala de observação, um gabinete para consulta do pé diabético, um gabinete para consulta de saúde infantil e juvenil, uma sala de contingência – COVID, três salas destinadas aos tratamentos curativos) e uma casa de banho destinada aos utentes. A dividir as duas alas encontramos o balcão de atendimento do segurança, duas casas de banho destinadas aos utentes (adaptadas a pessoas com mobilidade reduzida), um gabinete para receção dos delegados de informação médica e um sala de refeições para a equipa da UCC.

A outra ala é constituída pela sala de espera, balcão de atendimento do secretariado clínico, a sala para refeições da equipa, sete gabinetes médicos, quatro gabinetes de enfermagem (partilhados pelas enfermeiras), uma sala de movimento, um gabinete de saúde infantil e juvenil, dois gabinetes de saúde materna e planeamento familiar, um gabinete de saúde oral, duas casas de banho para a equipa da USF e um vestiário (para os alunos e para os utentes que frequentam o Curso de Preparação para o Nascimento). Neste edifício podemos ainda encontrar o espaço destinado à equipa da UCC (onde se encontra a sala de reuniões partilhada pelas duas equipas).

No que diz respeito aos recursos humanos a equipa da USF é composta por sete Médicos Assistentes de Medicina Geral e Familiar, sete Enfermeiras e cinco Assistentes

Técnicos que compõem sete Equipas de Família. Cada Equipa de Família é responsável por um ficheiro clínico que respeita as diferentes competências em áreas específicas de acordo com a profissão de cada elemento que compõe essa mesma equipa.

A estrutura orgânica da USF é constituída pelo Conselho Geral, pelo Coordenador da Equipa, pelo Conselho Técnico e pelos Órgãos de Apoio. O Decreto-Lei nº 298/07 (2007), alterado pelo Decreto-Lei nº 73/2017 (2017) de 21 de junho e o Regulamento Interno da USF (USF, 2023) definem as competências destas estruturas.

A equipa da USF estabeleceu um relacionamento horizontal entre cada Equipa de Família, ou seja, os elementos apoiam-se numa gestão participativa e aberta, porém com a responsabilidade inerente ao seu compromisso para com a USF. Assumem, deste modo, a consecução dos objetivos da própria Unidade de Saúde, com responsabilização e transparência (USF, 2023)

Os principais processos da USF dividem-se pelas áreas de Gestão, Assistencial e de Suporte e estão sob a alçada das equipas responsáveis pela gestão dos processos. Estas equipas garantem a promoção da qualidade organizativa da USF ao monitorizarem, de forma regular, as áreas descritas anteriormente (USF, 2023).

Os diversos grupos profissionais que integram a USF desempenham o seu papel num modelo cooperativo de funções, com o objetivo de definir normas e procedimentos acessíveis a todos os profissionais da unidade (USF, 2023). Relativamente à prestação de cuidados pela equipa de enfermagem, compete a cada enfermeiro da USF o exercício da sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015), garantindo os cuidados da Carteira Básica de Serviços para a qual a USF se propôs (USF, 2023).

Estes cuidados incluem as consultas de enfermagem, cujo objetivo é garantir cuidados de saúde de qualidade aos utentes, a promoção da saúde através da prevenção e tratamento da doença, a reabilitação e reintegração social do utente e famílias na sua comunidade, a visita domiciliária como recurso promotor de saúde e de gestão da doença dos utentes e famílias com dependência e/ou mobilidade reduzida, a realização de ações de educação para a saúde dirigidas aos utentes e famílias, especialmente se pertenceram a grupos vulneráveis e de risco, de acordo com os diferentes Programas do Plano de Atividades (USF, 2023). O enfermeiro deverá também colaborar com todos os profissionais da unidade, na resposta às situações detetadas

que necessitem de intervenção, bem como colaborar na formação pré e pós-graduada, e contínua dos profissionais de saúde (USF, 2023). Por último, deverá integrar projetos de investigação desenvolvidos na USF (USF, 2023).

A USF compromete-se a assegurar a totalidade dos serviços definidos na Carteira Básica de Serviços, estabelecido pela Portaria nº 1368/2007, fazendo cumprir, deste modo o esquema de vigilância e as orientações relativas aos programas de saúde emanadas pela Direção Geral da Saúde, salvo disposição contrária (USF, 2023).

Para além da Carteira Básica de Serviços, a USF propôs atividades para desenvolver em Carteira Adicional de Serviços em função das necessidades dos utentes, nomeadamente a Consulta de Apoio Intensivo em Cessação Tabágica e a Consulta de Enfermagem do Pé Diabético (USF, 2023).

A USF funciona de segunda a sexta feira, entre as 8 e as 20 horas, e ao sábado entre as 9 e as 13 horas, em atendimento complementar garantindo o atendimento de situações pontuais de caráter urgente ou inadiável.

A enfermeira orientadora deste estágio tem uma lista de utentes atribuída de acordo com a lista do médico, divididos por vigilância médica de acordo com os programas de saúde: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Planeamento Familiar, Rastreio Oncológico, Saúde Infantil e Juvenil e Saúde Materna, tal como se pode verificar na figura infra (Figura nº 3).

*Figura 3- Utentes por Médico/Enfermeiro de Família USF*

**SERVIÇO:** USF [redacted] **29-JAN-24 16:30:21**

UTENTES POR MÉDICO/ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

**Enfermeiro Família:** [redacted] 1851

| NºPROC. | NºCARTÃO | NOME DO UTENTE | DT.NASC. | VIGILÂNCIA MÉDICA |
|---|---|---|---|---|

Médico: [redacted] Total utentes por médico: 1851

| DM | HTA | PF | RO | SIJ | SM |
|---|---|---|---|---|---|
| 146 | 416 | 428 | 708 | 383 | 13 |

Fonte: SClínico® - Cuidados de Saúde Primários

Tal como sucedeu em estágio prévio, a enfermeira orientadora tem uma lista de utentes acima do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, relativamente à dotação segura dos cuidados de enfermagem em USF. Considera-se a dotação segura quando o rácio é de uma enfermeira para cada 1550 utentes, ou 1917 unidades ponderadas, ou 350 famílias (Regulamento n.º 743/2019).

Importa referir que durante o estágio, a USF apresentou a candidatura a USF

modelo B, segundo a Portaria nº 454-A/2023 (2023), tendo sido aprovada a sua transição a 18 de outubro do ano transato.

## 2.2. Atividades desenvolvidas no âmbito das competências

O estágio decorreu numa USF integrada na ULS Estuário do Tejo e compreendeu dois momentos distintos. O primeiro momento decorreu entre 5 de junho e 14 de julho de 2023 e o segundo entre 25 de setembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024.

À semelhança do estágio anterior, teve como objetivo desenvolver um conjunto de competências clínicas que me permitiram prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar em diferentes processos de transição e aos vários níveis de prevenção, com ênfase em situações complexas em parceria com a família, a equipa interprofissional e interdisciplinar. Para além deste objetivo foi proposto o desenvolvimento de um projeto de intervenção de saúde às famílias, delineado no primeiro momento de estágio e implementado no segundo momento, com o enfoque na obtenção de ganhos em saúde para as famílias.

Durante este estágio, com uma duração efetiva de seis meses, tive a oportunidade de cuidar das famílias, como centro dos cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nas diferentes transições, tendo em conta os níveis de prevenção. Este cuidado permitiu-me consolidar competências elevando o padrão de qualidade, com ênfase na capacitação das famílias e de cada um dos seus membros. O estabelecimento de uma relação com as família e com cada um dos seus membros foi extremamente importante para promover a saúde da mesma. Nas consultas de enfermagem, as famílias e cada um dos seus membros foram sempre abordados com disponibilidade e criatividade, numa abordagem colaborativa permitindo a participação da família. Este tipo de abordagem permitiu não só uma dinâmica de parte a parte, como auxiliou a família na consecução dos seus objetivos de vida ao trazê-los para o centro do seu próprio cuidado. Fui, portanto, catalisadora de todo o potencial da família e de cada um dos seus membros.

Ao longo dos momentos em que cuidei das famílias e de cada um dos seus membros, fui reforçando os seus pontos fortes e orientando-os no reconhecimento dos seus problemas. A impossibilidade das famílias e de cada um dos seus membros verem

em si as suas forças leva a perda de oportunidades de crescimento e mudança, tão crucial para alcançarem os objetivos que definiram enquanto família, tendo em conta a individualidade dos seus constituintes. Tive igualmente a possibilidade de conceber planos de ação promovendo, deste modo, a manutenção e o reforço da sua saúde. A colheita de dados foi pertinente para a identificação de situações que pudessem afetar o seu estado. Grande parte destas situações deviam-se a problemas do foro psicológico corroborando os dados relativos às patologias na área de saúde mental identificadas no Plano Local de Saúde do ACeS Estuário do Tejo 2018-2020 (Unidade de Saúde Pública, 2019) (Figura 4).

*Figura 4- Percentagem de registos de distúrbio ansioso/ansiedade e de perturbações depressivas no último quinquénio no ACeS*

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---|---|---|---|---|
| DISTÚRBIO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE | 3,3 | 4,0 | 4,7 | 5,0 | 5,7 |
| PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS | 4,9 | 5,3 | 5,7 | 5,8 | 11,2 |
| TOTAL | 8,2 | 9,3 | 10,4 | 10,8 | 16,9 |

Fonte: Unidade de Saúde Pública - Plano Local de Saúde ACeS Estuário do Tejo 2018-2020

Para a colheita de dados foi importante estar atenta a outras fontes de informação adicional, nomeadamente às interações familiares observadas nas famílias ao longo dos cuidados, tal como a comunicação verbal e não-verbal presente em cada contato com a família e com cada um dos seus membros. Tão importante como a comunicação verbal, a comunicação não-verbal – postura, tom de voz, gestos, expressões faciais - permite-nos recolher subsídios, tendo em conta que este tipo de comunicação é inconsciente e, portanto, mais difícil de controlar, tal como refere Bolander (1998).

Pese embora a população da área de abrangência da USF não tenha uma acentuada multiculturalidade, foi importante compreender o seu impacto na saúde da família e em cada um dos seus membros pelas escolhas feitas ao longo do ciclo vital da família. Ao longo do estágio foi possível encontrar famílias com fortes crenças culturais e espirituais associadas ao seu país e religião. O uso de artefactos potenciadores de danos físicos em bebés, como pulseiras e fios, a ausência do consumo de determinados alimentos, tão importante para o crescimento saudável do bebé, ou outros comportamentos não potenciadores de ganhos em saúde permitiu-me conhecer outras

realidades que não a vivida na população portuguesa. A identificação destas situações orientou-me para um agir adequado nas intervenções posteriores, respeitando sempre a decisão da família e de cada um dos seus membros. A discussão destas situações com a enfermeira orientadora permitiu desagregar-me da construção das minhas próprias crenças enquanto indivíduo e olhar o outro como ele efetivamente é, respeitando e aceitando as diferenças inerentes a cada ser.

Ao longo do estágio monitorizei as respostas a diferentes condições de saúde e de doença (durante a consulta de enfermagem e em consultas subsequentes), em situações complexas, sendo de extrema importância a mobilização de conhecimentos de enfermagem de saúde familiar, tanto quanto de outras ciências para uma tomada de decisão consciente na prestação de cuidados.

No decorrer de uma consulta de enfermagem tive a oportunidade de realizar uma conferência familiar (embora não estivesse programada, foram criadas as condições para tal) a uma família a viver uma transição situacional (transição da conjugalidade para a parentalidade) (Schumacher & Meleis, 2010). Esta família, agora com um novo elemento, estava a ter dificuldade em fazer a transição de forma saudável, com a mãe a experienciar sentimentos de frustração relativamente ao seu papel e com o pai a não conseguir lidar com a resposta da mãe face a este novo papel. Foi uma experiência muito enriquecedora, onde a família pode expor os seus sentimentos, afirmando não sentir o peso do julgamento (a mãe é profissional de saúde) e onde, através de uma componente colaborativa, foi possível desconstruir estes sentimentos de parte a parte. Durante as consultas subsequentes foi possível verificar a alteração da dinâmica familiar e a forma saudável como a transição passou a ser vivenciada. Houve melhoria da comunicação entre o casal e o uso dos recursos familiares (que tinham sido identificados durante a conferência familiar) como facilitador de todo este processo.

Analisar o histórico das famílias, em estreita colaboração com a enfermeira orientadora e com a médica de família, foi fundamental para entender as dinâmicas familiares, tantas vezes distorcidas, como filhos a assumirem o papel parental sobre os seus próprios pais, em idades onde era expectável as crianças e jovens brincarem e crescerem sem o peso dessa responsabilidade e sem o risco de comprometer a sua saúde psicológica.

Importa salientar que a prática de enfermeira de família baseada na evidência científica foi incorporada em plena consciência, sendo um dos objetivos da minha prática profissional a capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, assim como o desenvolvimento de um plano de cuidados que conduzisse a família aos resultados desejados. Situações como a manutenção da amamentação pelo maior período possível, ou o planeamento de um primeiro ou segundo filho, ou até a cessação tabágica foram reportadas como sendo objetivos de saúde da família no seu ciclo vital.

Este percurso académico permitiu-me intervir de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família, em situações complexas tais como o morte do cônjuge, divórcio, desemprego, *mobbing*, entre outras. Para isso foi necessário promover o diálogo com a família e entre cada um dos seus membros de forma a auxiliá-la nestas transições. Durante as entrevistas focadas na família criei sempre um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis recorrendo sempre a um gabinete onde sabia que não seria interrompida.

Para facilitar a resposta da família em situações de transição complexa encorajei as mesmas a partilharem a sua história, da forma que achassem ser a mais adequada para si (entre família, amigos ou com recurso a plataformas digitais). Podendo as transições serem vivenciadas de diversas formas torna-se importante a conscientização destes processos, analisando a dinâmica familiar e o que a suporta, identificando as forças da família (união, comunhão, comunicação) e de cada um dos seus membros e explorando estratégias para a família alcançar as suas metas.

Utilizei, por diversas vezes, a prescrição de rituais terapêuticos quer às famílias (almoços de família, momentos a dois – pai e mãe) quer a cada membro (exercício físico, momentos relaxantes, atividades prazerosas). A conotação positiva foi igualmente imiscuída nas consultas de enfermagem e nos momentos dos tratamentos curativos surgindo como mensagens motivacionais à família ou a um dos seus membros, evitando-se, neste ou noutro momento qualquer, juízos de valor ou confronto que, inevitavelmente, levariam a família ou um dos seus membros na direção oposta do pretendido. Também foi possível, pela relação terapêutica criada com uma família, fazer a sugestão de uma carta terapêutica, de mãe para filho, uma vez que a mãe encontrava-se a vivenciar sentimentos de tristeza e insatisfação relativamente ao seu papel parental

(nomeadamente com a amamentação). Foi sugerido à mãe escrever tudo o que estava a sentir naquele momento como catarse para a desconstrução desses sentimentos.

No decorrer do estágio envolvi-me intencionalmente e de forma ativa na prática de enfermagem de saúde familiar, procedendo a uma análise crítica da minha prática profissional avaliando o progresso da família na consecução dos seus objetivos, com base na prática de enfermagem de saúde familiar. Esta análise da minha prática compreendeu as respostas que fui obtendo por parte da família e de cada um dos seus membros face à prestação dos meus cuidados. O retorno desta informação também foi feito através da enfermeira orientadora, com resposta bastante positiva por parte das famílias e de cada um dos seus membros.

Ao longo do estágio foi possível consolidar a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar ao gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados às famílias. Foi possível a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família. Uma das atividades foi a apresentação de uma sessão de educação para a saúde no âmbito do Curso de Preparação para o Nascimento aos pais participantes que será apresentada na descrição do projeto de intervenção de saúde às famílias.

Na articulação com outras equipas de saúde houve necessidade de se fazer referenciação interna (tal como preconizado no Regulamento interno da USF) via SClínico® para a enfermeira responsável para vacinação da BCG e para a psicóloga, tendo em conta a especificidade de cada situação.

Por último importa referir que geri o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção, nomeadamente na implementação do projeto de intervenção de saúde às famílias que se explana no próximo capítulo.

Ainda no decurso do estágio e para efeitos dos processos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2019), participei no inventário ao armazém avançado com a enfermeira orientadora, na preparação das salas de tratamento para efeitos de auditoria relacionada com a candidatura da USF a modelo B e participei de forma autónoma no projeto de melhoria de cuidados "Consulta do pé diabético". Estas atividades garantiram-me um papel dinamizador na área da governação clínica ao assumir um papel nas iniciativas institucionais da USF.

Importa salientar que neste estágio tive a oportunidade de fazer uma integração adequada, organizada e estruturada de acordo com o percurso académico, orientando a minha prática profissional de acordo com os Programas Nacionais de Saúde e Programas Prioritários de Saúde (SNS, 2022), o Plano Local de Saúde ACeS Estuário do Tejo 2018-2020 (USP, 2019), bem como o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018) e do grau de mestre em Enfermagem de acordo com os descritores de Dublin (Decreto-Lei nº 74/2006).

# 3. PROJETO DE INTERVENÇÃO DE SAÚDE ÀS FAMÍLIAS

A promoção da saúde como resultado do cuidado de saúde da família, através de mudanças propostas ao sistema familiar, deverá sustentar-se na busca de possibilidades mais saudáveis de gestão da própria saúde do sistema familiar.

Os projetos em saúde, pela intencionalidade de que se revestem, permitem, através de uma representação antecipada, a previsão dessas mesmas mudanças (Ruivo et al., 2010). A forma como cada um de nós se posiciona face a estas mudanças poderá determinar o decurso do processo de cuidar e ser cuidado, impactando de forma mais ou menos positiva nos ganhos em saúde familiar.

Deste modo, e para que as famílias pudessem usufruir de possibilidades mais saudáveis de gerir os seus sistemas familiares no seu próprio ambiente, foi realizado um projeto de intervenção de saúde às família (de acordo com a metodologia de projeto), intitulado "Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida: Intervenção do enfermeiro" (Apêndice II) para obtenção de ganhos em saúde familiar.

Após discussão com a enfermeira orientadora sobre a pertinência e necessidade do projeto, deu-se início à apresentação do mesmo junto da equipa multiprofissional da USF (Apêndice III). Aproveitando o momento de partilha procedeu-se a uma análise *Swot* (Apêndice IV). Não obstante as dificuldades identificadas pela equipa da USF, a mesma validou a importância do projeto, tendo-se dado início às formalidades inerentes a este tipo de trabalho.

Respeitados os procedimentos éticos com a resposta favorável por parte da Exma. Dra. Ana Ramos para a utilização do "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Anexo II), da resposta favorável para a realização do projeto em questão por parte da Exma. Coordenadora da USF (Anexo III) e do Exmo. Sr.º Diretor do ACeS Estuário do Tejo (Anexo IV) foi necessário submeter o protocolo de investigação para apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. No decurso deste processo, e para obtenção do parecer favorável à realização deste projeto por parte da referida Comissão (Anexo V), foi necessário proceder a

alterações do mesmo. Seguindo as orientações emanadas pela dita comissão foi necessário reformular os critérios de inclusão (pais de todas as nacionalidades) e a primeira parte do questionário condicionando a avaliação das Linhas que envolvem o *core.* Tendo em conta o descrito, foi necessário proceder igualmente à reformulação dos objetivos específicos: caracterizar as variáveis ao nível do *core* e das linhas que compõem o Modelo de Sistemas de Neuman, identificar os fatores de risco (*stressores*) no intrasistema para a ocorrência de acidentes domésticos, identificar os tipos de acidentes domésticos, elaborar diagnósticos de enfermagem para a família ou para cada um dos seus elementos, nomear medidas para prevenção de acidentes domésticos e validar mudanças comportamentais da família assegurando um ambiente seguro para a criança.

Deste modo, e tendo em conta os constrangimentos anteriormente descritos, foi necessário reformular o cronograma de atividades para dar resposta aos objetivos do projeto (Apêndice V).

Durante o estágio, e tal como planeado, foi apresentada uma Ação de Formação à equipa de Enfermagem, em parceria com a enfermeira orientadora, sobre "Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida: Intervenção do enfermeiro" (Apêndice VI). Esta atividade teve como objetivo integrar a temática da prevenção de acidentes domésticos na consulta de enfermagem de saúde infantil ao(s) acompanhante(s) de crianças no primeiro ano de vida, salvaguardando, como cuidado antecipatório de enfermagem, as orientações emanadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013).

Para além das atividades planeadas, e tal como descrito anteriormente, foi realizada uma sessão de educação para a saúde às famílias que integravam, à data, o Curso de Preparação para o Nascimento (Apêndice VII). Após discussão com a enfermeira orientadora sobre a pertinência da apresentação, foi lançado o repto à enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, que coordena o curso, e a mesma considerou ser pertinente a sessão relativa à temática sobre a prevenção dos acidentes domésticos ainda na gravidez. A sessão foi muito interessante, com os pais a participarem de forma ativa, colocando questões e partilhando um pouco as suas vivências relativas a acidentes domésticos prévios. O objetivo desta sessão foi apresentar o projeto de intervenção de saúde às famílias e sensibilizar as mesmas para

a temática dos acidentes domésticos, tendo sido fornecido o guia "Casa segura – conhecer para melhor proteger" (APSI, sd.) para verificação das condições de segurança do ambiente doméstico ainda antes do nascimento, intervindo a nível da prevenção primária. No final da sessão foi entregue um questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde (Apêndice VIII) e dos conhecimentos adquiridos (Apêndice IX).

No que concerne a algumas das atividades relacionadas com o projeto e não planeadas previamente, foi realizada parceria com a APSI para a oferta, através de um donativo realizado por mim, de um manual contendo 10 fichas com orientações técnicas sobre a prevenção de acidentes (Anexo VI). Estas fichas foram criadas pela APSI (sd) com o intuito de orientar os profissionais de saúde sobre os temas a abordar com as famílias nas diversas consultas de saúde infantil e juvenil (idades-chave), na área da prevenção de acidentes e de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Este manual ficou disponível para consulta dos profissionais no gabinete de consulta de saúde Infantil e juvenil da USF

Ainda no que se refere a atividades não planeadas, foi possível, no decorrer do estágio, apresentar uma comunicação em formato de póster, relacionada com a temática, no "V Congresso Internacional de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar" (Anexo VII), aguardando-se a sua publicação em E-book (Anexo VIII). Esta atividade foi muito importante para o meu percurso académico, pois permitiu-me reforçar, em primeiro lugar, a confiança nas minhas capacidades comunicacionais em público para especialistas integrados em grandes grupos, de forma clara e sem ambiguidade, mobilizar os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares do Mestrado frequentado e por último uma realização pessoal e profissional que jamais pensei ser possível sentir.

Para consolidar conhecimentos relativamente às Unidades Curriculares do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e adquirir outros igualmente pertinentes participei no "V Congresso Internacional de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar" (Anexo IX), no "3º Fórum Internacional do Autocuidado" (Anexo X) e no "1º Congresso Internacional em Enfermagem da Escola Superior de Saúde – IPVC" (Anexo XI).

Para terminar, gostaria de acrescentar, como atividade inerente ao projeto de intervenção de saúde às famílias, a intencionalidade da apresentação dos resultados do

estudo à equipa multiprofissional da USF. Esta partilha será bastante importante para consolidar a pertinência da continuidade deste projeto, garantindo-se, deste modo, a continuação de ganhos em saúde para as famílias com crianças no primeiro ano de vida no que concerne à prevenção de acidentes domésticos.

De seguida abordarei, de forma sintética, o enquadramento conceptual e o referencial teórico de enfermagem que sustentou este projeto, já plasmado do projeto de intervenção de saúde às famílias (Apêndice II), a *revisão scoping* e o Processo de Enfermagem de Família, com as etapas que o caracterizam.

## 3.1. Enquadramento conceptual

No enquadramento conceptual considerei importante contextualizar os desafios que são trazidos para os pais, enquanto cuidadores, durante a transição para a parentalidade e a responsabilidade inerente ao seu papel parental na prevenção dos acidentes domésticos. Seguidamente foram descritos os fatores de risco de acidentes domésticos nas quatro dimensões designadas por Ramos e Nunes (2014) e os acidentes domésticos em ambiente familiar (queda, asfixia, sufocamento e estrangulamento, queimaduras, intoxicação e afogamento).

Tendo em conta a faixa etária escolhida para este projeto foi importante contextualizar o desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida e como esse desenvolvimento pode potenciar a ocorrência dos acidentes domésticos. Por último, o papel do enfermeiro na prevenção dos acidentes domésticos e a importância da visita domiciliária como recurso de proximidade entre o profissional e a família.

## 3.2. Referencial teórico de enfermagem

De acordo com a OE (2023), os referenciais teóricos "são uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico(a) expõe" (p.2). De entre os modelos teóricos que sustentam e alicerçam os cuidados de enfermagem destaca-se o Modelo de Sistemas de Neuman (Anexo XII).

A base filosófica do Modelo de Sistemas de Neuman engloba uma visão holística, direcionada para a saúde, tendo em conta a motivação e a perceção da família (como cliente), bem como uma perspetiva dinâmica do sistema interagindo com o ambiente (Neuman, 2011). Assenta, deste modo, em quatro conceitos cruciais: o cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Esta visão permite antecipar um possível dano causado por fatores (internos e externos), denominados por Neuman como *stressores* (intra, inter e extra familiares), enquanto enfermeiro e cliente formam uma parceria com o objetivo de reter a saúde, restaurar e de manter a mesma (Neuman, 2011).

Uma das mais valias do Modelo de Sistemas de Neuman é a sua aplicabilidade à enfermagem de saúde familiar, uma vez que o modelo fornece uma estrutura para integrar a família como um cliente (Jajic, 2011). Pese embora a orientação do Modelo de Sistemas de Neuman nos leve a visualizar a família como um todo, cada um dos membros da família são tidos como subsistemas do próprio sistema familiar (Jajic, 2011). Deste modo, todos os membros da família, sendo a família definida como cliente, estão englobados no *core* (núcleo) deste modelo. Envolvendo este, encontramos a Linha Flexível de Defesa, a Linha Normal de Defesa e as Linhas de Resistência, cada uma delas com um propósito.

Pelo exposto, considerou-se o projeto de intervenção de saúde às famílias assente nos pressupostos do Modelo de Sistemas de Neuman, permitindo uma abordagem multidimensional e sistémica centrada na família. Para o projeto em questão foi realizada uma adaptação do modelo para melhor compreensão e integração da temática da prevenção dos acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida. Importa referir que a adaptação feita no projeto correspondeu à literatura, tendo sido progressivamente alterada durante o estágio em questão, de acordo com as características das famílias que fizeram parte deste projeto (Apêndice X).

Considerou-se como sistema cliente as famílias (pais e criança) e a casa, com as suas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais e de desenvolvimento a definirem o seu *core* (pais e crianças) e as linhas que o envolvem. Pese embora não tenha sido possível caracterizar a Linha Normal de Defesa e de Resistência pelos motivos já anteriormente descritos, pode caracterizar-se a Linha Flexível de Defesa, que representa o primeiro mecanismo de defesa podendo fazer-se o paralelismo com a adequada preparação do ambiente doméstico para prevenir acidentes domésticos, a adesão às

recomendações sobre medidas de segurança para prevenir os acidentes domésticos e a diminuição/ausência dos fatores de risco (quer na criança, família e ambiente doméstico).

A conceção deste modelo de abordagem à família como cliente orienta para a "obtenção e manutenção de um nível óptimo de bem-estar através de intervenções intencionais" (Tomey & Alligood, 2004, p.25). Estas intervenções assentam na prevenção primária, secundária e terciária, e foram definidas de acordo com as reais necessidades das famílias.

O Modelo de Sistemas de Neuman tem o potencial de colocar o enfermeiro numa perspetiva unificadora e promotora no que concerne ao cuidado da família e a cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no que concerne às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018).

## 3.3. Revisão da literatura: uma revisão s*coping*

Como parte integrante do projeto foi necessária a realização de uma revisão *scoping* (Apêndice XI) com o objetivo de mapear na evidência científica as intervenções do enfermeiro de família na prevenção dos acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida. Esta revisão seguiu o protocolo do Instituto Joanna Briggs (JBI, 2021) e deu resposta à questão que norteou a pesquisa "Quais as intervenções do Enfermeiro de Família na prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida?".

Os resultados que emergiram da pesquisa guiaram a minha prática profissional na prestação de cuidados às famílias relativamente a esta temática. Pese embora exista na evidência científica uma lacuna relativamente ao papel do enfermeiro de família na prevenção dos acidentes domésticos, os resultados foram extremamente importantes pelo que se considerou as intervenções do enfermeiro relativamente a esse papel.

No que diz respeito às intervenções relacionadas com a prevenção dos acidentes domésticos existe consenso na importância do local das mesmas, isto é, a intervenção

no ambiente doméstico (Kahriman & Karadeniz, 2018; Abbassinia et al., 2019; Doğan & Öztürk, 2021; Kim et al., 2022). Torna-se igualmente premente conhecer e dar a conhecer os tipos de acidentes (Kahriman & Karadeniz, 2018), as caraterísticas do desenvolvimento da criança (Kahriman & Karadeniz, 2018; Doğan & Öztürk, 2021; Kim et al., 2022), bem como os fatores de risco para a ocorrência dos acidentes domésticos (Doğan & Öztürk, 2021). É importante salientar que o risco de ocorrência dos acidentes domésticos diminui com mudanças no próprio ambiente (Kahriman & Karadeniz, 2018; Doğan & Öztürk, 2021; Kim et al., 2022).

As intervenções serão tão ou mais proveitosas se forem realizadas de forma voluntária e sistemática, permitindo o fortalecimento das competências parentais (Kim et al., 2022). A metodologia de ensino poderá combinar uma abordagem educacional com demonstração de produtos de segurança no próprio ambiente doméstico (Kim et al., 2022) e/ou tecnológica/engenharia com uso de equipamento de segurança fortalecendo a eficácia das intervenções focadas nos pais (Abbassinia et al., 2019). Outra das intervenções para a prevenção dos acidentes domésticos passa por uma consciencialização pública relacionada com esta temática, podendo ser utilizada informação escrita e visual entregue aos pais (Kahriman & Karadeniz, 2018; Abbassinia et al., 2019; Doğan & Öztürk, 2021) ou através dos mídia (Doğan & Öztürk, 2021). É igualmente importante capacitar os pais para a aplicação de primeiros socorros (Doğan & Öztürk, 2021).

## 3.4. Processo de Enfermagem de Família

A Metodologia de Projeto permite a utilização de inúmeros instrumentos metodológicos (Ruivo et al., 2010) que acompanham e se fundem nessa mesma metodologia. Um desses instrumentos é o Processo de Enfermagem, utilizado neste projeto como abordagem de intervenção a cada família.

Segundo Alfaro-LeFevre (2014), o processo de enfermagem é um método que permite organizar o pensamento profissional, com base no pensamento crítico em enfermagem, com consequente orientação para a resolução de problemas e tomada de decisão. Isto permite, pois, a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e

de qualidade (Doenges & Moorhouse, 2012) com o objetivo de atingir os melhores cuidados em saúde.

Conduzindo este processo à família, considera-se a existência de cinco etapas no Processo de Enfermagem de Família: Avaliação – Recolha de Dados da Família, a Análise de Dados da Família, Planeamento de Cuidados à Família, Implementação de Cuidados de Saúde à Família e Avaliação de Resultados de Cuidados de Enfermagem à Família (Ross, 2005).

Para a aplicação de todas as etapas do Processo de Enfermagem de Família foi necessário proceder à abordagem junto das famílias no contexto de consulta de saúde infantil para integrarem este projeto. Após a apresentação do projeto (o âmbito em que acontece, identificação da autora e finalidade/objetivo do mesmo) e o pedido de colaboração do pai/mãe com a explicação do Consentimento informado, livre e Esclarecido (Apêndice XII), bem como do seu compromisso através da assinatura do documento, as famílias deram o seu consentimento para a realização deste projeto.

### 3.4.1. Avaliação – Recolha de Dados da Família

A primeira etapa do Processo de Enfermagem de Família compreende a Avaliação – Recolha de Dados da Família. Nesta etapa foi importante avaliar as necessidades das famílias, os seus objetivos de saúde, os seus pontos fortes e, acima de tudo, o seu ambiente (Ross, 2005). Esta etapa corresponde a um estudo cujas etapas estão descritas no já referido projeto (Apêndice II).

Pese embora as famílias não reconhecessem em si a necessidade de intervenção relativamente aos acidentes domésticos, reconheciam a importância da temática.

À medida que fui recolhendo os dados iniciais, identifiquei padrões transversais e vulgares de interação em diversas famílias, tal como preconiza Ross (2005). Desde o desconhecimento sobre a etapa de desenvolvimento da criança, a crianças sem vigilância ou com vigilância desadequada, com uso de adereços potenciadores de lesões (fios/pulseiras) à verbalização de situações que não se coadunam com comportamentos adequados (delegação da responsabilidade parental a outro filho, inadequada preparação do ambiente doméstico) foi possível identificar esses mesmos padrões.

A informação recolhida foi analisada com as famílias, com a enfermeira orientadora e com a restante equipa da USF, conduzindo à identificação dos objetivos de saúde das famílias, aos pontos fortes, às suas necessidades e da adequada prestação de cuidados em consonância com o descrito anteriormente.

A análise SWOT, descrita anteriormente, foi facilitadora deste processo, permitindo não só a identificação e formulação do problema, mas também a determinação das forças (Strenghts), oportunidades (Opportunities), fraquezas (Weaknesses) e ameaças (Threats) ao desenvolvimento do projeto e por conseguinte, à aplicação das restantes etapas do Processo de Enfermagem de Família.

Para a avaliação das variáveis ao nível do core e das linhas que o envolvem, considerando o Modelo de Sistemas de Neuman, foi necessário proceder à sua categorização (Apêndice XIII). Partindo das variáveis do questionário sociodemográfico (1ª parte), do "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014) (2ª parte) e do guia "Casa segura: conhecer para melhor proteger" (APSI, sd) (3ª parte) assim se categorizaram as variáveis ao nível do *core* e da Linha Flexível de Defesa.

Importa referir que não foram consideradas todas as variáveis pela exclusão de algumas questões no questionário sociodemográfico por parte da Comissão de Ética da ARSLVT, por não estarem presentes no intrasistema, nem serem alvo da intervenção pela etapa de desenvolvimento em que a criança se encontrava. Pela extensão do guia "Casa segura – conhecer para melhor proteger" (APSI, Sd), a categorização da Linha Flexível de Defesa, na variável fisiológica, compreendeu a segurança geral em cada divisão da casa (varandas e terraços, janelas, escadas, dispositivos elétricos, aquecedores e aquecimentos, medicamentos, objetos pequenos, mobiliário/estantes e objetos de decoração, portas, artigos para crianças, cozinhas/zonas de refeição, casa de banho e quarto da criança).

Assim posto, apresenta-se seguidamente a avaliação. No que se refere à caracterização das variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural e de desenvolvimento dos pais e das variáveis fisiológicas da criança (Apêndice XIV), considerando o Modelo de Sistemas de Neuman, as três primeiras colunas dizem respeito ao nível onde foram identificadas (*core)*, às variáveis que o caracterizam e a categoria da variável (que emerge do questionário aplicado às famílias). Relativamente à categoria da variável

“profissão”, considerou-se a avaliação de Graffar adaptada para a população portuguesa por Amaro (2001), uma vez que é a que está contemplada no programa informático SClínico®. Importa referir que para a classificação da família foi considerada a profissão de nível mais elevado entre os pais.

No que diz respeito caracterização da variável fisiológica, a idade da mãe apresentava um valor mínimo e máximo de 28 e 42 anos respetivamente, sendo que a média (μ) foi de 33,75 anos, a mediana (Md) de 33,5 anos, a moda ($M_o$) de 30 anos e desvio-padrão (σ) de 3,96.

Com a caracterização da variável fisiológica da mãe foi possível verificar que a idade média da mãe não constituía, à partida, risco para a ocorrência de acidentes domésticos. Este fato não se veio a verificar, tendo em conta que embora não integrando a idade de risco (18-30 anos) para a ocorrência de acidentes domésticos (Ramos & Nunes, 2014; Doğan & Öztürk, 2021), verificou-se esse mesmo risco nas mães da amostra com idades superiores.

Relativamente à idade do pai, o valor mínimo e máximo foi de 29 e 48 anos respetivamente, a média (μ) foi de 34,33 anos, a mediana (Md) de 33 anos, a moda ($M_o$) de 31 anos e desvio-padrão (σ) de 5,36.

O progenitor que mais respondeu ao questionário foi a mãe (66,67%) relativamente ao pai (33,33%). Esta diferença pode ser considerada significativa, todavia, durante as entrevistas às famílias pude constatar que as mães tiveram mais iniciativa no preenchimento do questionário em relação aos pais e, por diversas vezes, foram os pais que entregaram o questionário às mães.

Ainda na variável fisiológica, a nacionalidade portuguesa foi predominante para a mãe (100%). Para o pai a nacionalidade portuguesa constituiu 91,67% da amostra e a nacionalidade russa 8,33%. A predominância da nacionalidade portuguesa pode ser explicada pela parca multiculturalidade existente na USF (MIM@UF).

No que diz respeito ao estado civil dos pais da amostra, 75% vivia em união de fato e 25% estavam casados, contrariando a média portuguesa onde o casamento é predominante (41% dos portugueses é casado) relativamente à união de fato (11,2%) (Pordata, 2021). Segundo Ramos e Nunes (2014) e Doğan e Öztürk (2021), a tipologia de família é um fator de risco para a ocorrência de acidentes domésticos. Para estes autores, famílias monoparentais ou alargadas (respetivamente) constituem um fator de

risco para essa ocorrência, não sendo o caso das famílias da amostra que, com outra tipologia (nuclear), apresentaram risco.

Relativamente às habilitações literárias da mãe, consideradas na variável sociocultural, o ensino secundário foi a que teve mais expressão (50%), seguindo-se do Mestrado com 33,33% e por último a Licenciatura com 16,67%. À semelhança das habilitações literárias da mãe, o ensino secundário foi igualmente a qualificação com maior expressão também no pai, com 50%. O 3º ciclo, a Licenciatura e o Mestrado seguiu-se com o valor igualitário de 16,67% para cada uma delas. No que concerne às habilitações literárias, a baixa literacia constitui um fator de risco para a ocorrência de acidentes domésticos (Ramos & Nunes, 2014; Doğan & Öztürk, 2021). Na amostra em questão, o nível elevado de literacia das famílias (50% das mães e 34,34% dos pais com ensino superior) não foi fator preponderante na preparação prévia do ambiente doméstico para prevenção de acidentes domésticos.

Dos 5 grupos profissionais contemplados na escala de Graffar, o grupo profissão de "Médios profissionais, comerciantes/agricultores, Dirigentes intermédios e quadros técnicos das empresas/Administração Pública" constituiu o valor mais elevado de entre o grupo das profissões com 66,67%, seguido do grupo "Pequenos industriais e comerciantes, Encarregados e operários qualificados" com 33,33%.

Na variável de desenvolvimento, considerou-se os critérios de inclusão no estudo, ou seja, pais com idade superior a 18 anos e com pelo menos um filho no primeiro ano de vida (100%).

No que diz respeito à criança, o valor da média (μ) e da mediana (Md) foi de 3,5 meses, a moda ($M_o$) de 0 meses e o desvio-padrão (σ) de 3,12. O valor mínimo foi de 0 meses e o máximo de 11. Na variável sexo, a mais representada foi o sexo feminino com 58,3% em relação ao sexo masculino com uma representatividade de 41,7%.

Na variável fisiológica da criança pode verificar-se a presença de irmãos em 50% das famílias, sendo que em 41,7% das mesmas existia 1 irmão e em 8,3% existiam 2 irmãos. Durante as visitas domiciliárias constatou-se, que destas seis crianças, três estiveram em risco de sofrer uma queda e uma delas sofreu uma queda corroborando os achados na evidência científica relativamente à relação entre a presença de irmãos e a ocorrência de acidentes domésticos (Ramos & Nunes, 2014).

Relativamente à idade dos irmãos, o valor da média (μ) e da mediana (Md) foi de

5,5 anos. A moda ($M_o$) não foi encontrada por haver idades distintas e o desvio-padrão (σ) de 2,21. O valor mínimo foi de 2 e o máximo de 9 anos.

Relativamente à caracterização das variáveis ao nível das linhas que envolvem o *core*, foi possível identificar mecanismos protetores de preservação da integridade do sistema ao nível da Linha Flexível de Defesa em ambas as visitas domiciliárias. Para tal caracterização considerou-se o "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014) (Anexo XIII) e o guia "Casa segura – Conhecer para melhor proteger" (APSI, sd) (Anexo XIV). Relativamente à caracterização através do primeiro instrumento (Apêndice XV), pude constatar que as famílias apresentavam na 1ª visita domiciliária elevados mecanismos protetores na sua Linha Flexível de Defesa, com destaque para a variável fisiológica com o "Tipo de acessibilidade aos sacos, invólucros e balões" e "Tipo de supervisão" com 83,33%, seguindo de "Pega na criança e numa bebida quente ao mesmo tempo" e "Tipo de acessibilidade aos medicamentos" com 75%. Importa referir que na variável sociocultural, apesar de 91,67% considerarem a sua casa segura para as crianças, 75% não acautelavam no início do projeto todas as medidas para um ambiente doméstico seguro (como se poderá verificar mais adiante).

À semelhança do primeiro instrumento também com o guia "Casa segura – Conhecer para melhor proteger" (APSI, sd) foi possível constatar os inúmeros mecanismos protetores de preservação da integridade do sistema ao nível da sua Linha Flexível de Defesa, na variável fisiológica, destacando-se, em 100% das famílias "O chão não é escorregadio", "Os brinquedos/objetos pequenos (menores de 32mm ou 45mm para esféricos ou semiesféricos) estão guardados fora do alcance das crianças", "Não há andarilho", "Os cintos internos são utilizados (cadeira de papa, espreguiçadeira, ovinho, etc.), "Não existem alguidares, baldes ou outros recipientes com água", "As pegas de frigideiras ou panelas estão viradas para trás", "O berço é estável e não há perigo de tombar" e "O móvel de muda fraldas é estável", entre outros (Apêndice XVI). Importa evidenciar que, na referida avaliação, apenas uma família (n=1) possuía escadas e apenas uma família (n=1) possuía varanda, pelo que a medida estatística não é representativa de uma variável da Linha Flexível de Defesa pouco reforçada, até porque as famílias em questão acautelaram mudanças no seu ambiente para preservar a integridade do seu sistema.

Para avaliar os fatores de risco – *stressores* – capazes de provocar instabilidade (efeito negativo) no sistema cliente/*core*, aplicou-se o "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014) e o guia "Casa segura – conhecer para melhor proteger" (APSI, sd).

Relativamente ao "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014), das doze variáveis contidas no dito instrumento, apenas se considerou dez, tendo em conta que a variável "idade da criança" e "idade da mãe" não constituiu, nesta amostra, fator de risco (pela idade das mesmas). Assim posto, considerou-se o "Tipo de supervisão" (Não supervisiona/Delega em criança mais velha), "A perceção do cuidador acerca o ambiente familiar" (Stressante), "Considera as lesões não intencionais normais na infância" (Sim), "Pega na criança e numa bebida quente em simultâneo" (Sim), "Tipo de acessibilidade aos medicamentos" (Acessíveis), "Tipo de acessibilidade aos detergentes" (Acessíveis), "Adereços na criança" (Usa regularmente), "Tipo de acessibilidade aos sacos, invólucros e balões" (Acessíveis), "Condição de dormir" (Inadequada) e por último "Considera a sua casa segura para as crianças" (Não).

Na avaliação dos fatores de risco considerando o instrumento descrito anteriormente foi possível verificar a presença de *stressores* em todas as variáveis na 1ª visita domiciliária, com ênfase no "Tipo de acessibilidade aos detergentes" (66,67%), na "Condição de dormir" (33,33%), nos "Adereços na criança" (25%), "Tipo de acessibilidade aos medicamentos" (25%) e "Pega na criança e numa bebida quente em simultâneo" (25%) (Apêndice XVII). Importa salientar que este instrumento de medição de risco permite a pontuação (*score)* do risco. Não obstante o título do instrumento direcionar-nos para a medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar, o mesmo reporta-se à criança inserida (ou não) no grupo de risco de lesão não intencional. A pontuação total varia entre um *score* mínimo de 12 pontos e um *score* máximo de 24 pontos, sendo que a criança integra grupo de alto risco de lesão não intencional com score acima de 14 (Ramos, 2014). A medição do risco permitiu constatar que na 1ª visita domiciliária, das doze crianças que pertenciam às doze famílias, duas tiveram um *score* de 12, uma teve um *score* de 13, duas um *score* de 14 (alto risco), cinco tiveram um *score* de 15 (alto risco) uma um *score* de 16 (alto risco) e uma um *score* de 17 (alto risco) (Apêndice XVIII).

Por considerar o “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014) redutor, no que diz respeito à identificação de fatores de risco (*stressores*) para a ocorrência de acidentes domésticos, foi aplicada a terceira parte do questionário através do guia “Casa segura - Conhecer para melhor proteger” (APSI, sd).

Neste guia considerou-se apenas as variáveis (10) que podiam ser identificadas como fatores de risco (*stressores*) relativamente à etapa de desenvolvimento da criança e em determinada zona da casa ou relativas à existência de uma particularidade da própria casa – “Varandas e terraços”, “Janelas”, “Escadas”, “Dispositivos elétricos”, Aquecedores e aquecimentos”, “Mobiliário, estantes e objetos de decoração”, “Portas”, “Artigos para crianças”, Cozinha/zonas de refeição” e “Casa de banho”.

É importante salientar que com este guia foi considerado o número de fatores de risco (*stressores*) (n %) em detrimento do número de famílias, uma vez que houve famílias a apresentarem mais do que um fator de risco (*stressor*) em simultâneo (Apêndice XIX). Como se pode verificar, foram identificados 37 fatores de risco (*stressores*) na 1ª visita domiciliária, com destaque na variável “Dispositivos elétricos” cujo *stressor* foi “As tomadas não têm os alvéolos protegidos” (50%) e “Os fios elétricos não estão enrolados e atados” (25%), na variável “Janelas” cujo s*tressor* foi “Os fios dos estores não estão fora do acesso das crianças” (33,33%), na variável “Cozinha/zonas de refeição” cujo *stressor* foi “Os armários com objetos cortantes e pequenos eletrodomésticos não têm fechos ou limitadores de abertura” (25%).

A necessidade de se identificar os fatores ou situações de risco para a ocorrência de acidentes domésticos é fundamental para o sucesso da intervenção do enfermeiro (Doğan & Öztürk, 2021; Kahriman & Karadeniz, 2018). Esta intervenção, que passa inevitavelmente pela visita domiciliária, é reveladora da sua importância (Abbassinia et al., 2019; Kahriman & Karadeniz, 2018: Kim et al., 2022). A nível nacional, Ramos e Nunes (2014), no seu estudo de investigação, reconhecem a necessidade de se conhecer os fatores de risco bem como analisar o impacto que os mesmos possam ter nos acidentes domésticos. Estes autores reforçam, ainda, o reconhecimento dos fatores de risco como forma de limitar o problema e assim criar estratégias eficazes na promoção da segurança das crianças e famílias (Ramos & Nunes, 2014).

### 3.4.2. Análise de Dados de Avaliação da Família

Nesta etapa do Processo de Enfermagem de Família foi necessário clarificar e confirmar a informação recolhida para a elaboração precisa de diagnósticos que me orientassem para as subsequentes intervenções de enfermagem (Ross, 2005).

Sendo o enfermeiro um observador dos fenómenos que identificam problemas ou potenciais problemas, foi necessário proceder-se a uma revisão das causas desses mesmos problemas (Ross, 2005). Deste modo, foi importante rever as causas do problema e determinar com a família a informação relevante, tendo por base o meu conhecimento sobre a temática em questão. Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde das famílias, orientando a ação de acordo com os objetivos de saúde das mesmas. Deste modo, e utilizando a terminologia CIPE® (OE, 2016), foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem às famílias: falta de conhecimento sobre desenvolvimento da criança, falta de conhecimento sobre medidas de segurança, falta de conhecimento sobre prevenção de queda, queda, criança em risco de negligência, risco de queda, risco de lesão por queda, risco de asfixia, risco de aspiração, risco de envenenamento e não adesão ao regime de segurança. Importa salientar que o diagnóstico de "queda" foi elaborado durante a intervenção à família, conferindo ao processo de enfermagem a dinamização, a confluência e a interligação das diferentes etapas do processo de enfermagem que o definem.

### 3.4.3. Planeamento de cuidados à família

De acordo com Ross (2005) o Planeamento de Cuidados à Família contempla o estabelecimento de prioridades, o estabelecimento de resultados e a criação de intervenções de enfermagem.

Após a Avaliação–Recolha de Dados da Família e a Análise de Dados de Avaliação da Família, Ross (2005) preconiza a priorização dos problemas identificados de acordo com a preferência da família. Com base nestes pressupostos foram estabelecidas prioridades no cuidado às famílias, com foco na sua capacitação e, por conseguinte, na sua independência.

O estabelecimento de resultados orientam as decisões relativamente às intervenções (Ross, 2005). Nesta etapa do Processo de Enfermagem de Família foi importante perceber o que era esperado pelas famílias relativamente à sua participação (no projeto), que resultados poderiam ser conseguidos e como seriam avaliados.

No planeamento de cuidados às famílias foi importante a identificação dos recursos e as limitações inerentes às etapas seguintes. Conhecendo-se antecipadamente a pretensão da equipa da USF submeter a sua candidatura a Modelo B, contou-se com a possível limitação dos recursos humanos e do tempo que cada enfermeira poderia despender para o projeto em questão. Apesar do descrito, foi possível envolver todos os elementos da equipa de enfermagem na consecução do projeto, de modo a possibilitar o acesso equitativo das várias famílias relativamente aos seus enfermeiros de família.

A aplicação do Processo de Enfermagem de Família e a calendarização de algumas atividades sofreu alteração, tendo em conta a data (tardia) da resposta favorável por parte da Comissão de Ética da ARSLVT, não comprometendo, todavia, a execução e o resultado das mesmas.

No que diz respeito à criação de intervenções de enfermagem pretendeu-se que as mesmas fossem concebidas para modificar os fatores que estavam na base dos problemas identificados (Ross, 2005), neste caso em concreto, nos fatores de risco para a ocorrência dos acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida. Para além do descrito anteriormente, as intervenções foram delineadas para dar resposta aos objetivos de saúde da família e aos objetivos do próprio projeto de intervenção de saúde às famílias. Nesta etapa do Processo de Enfermagem de Família foi pertinente negociar os tipos de intervenções de modo a garantir o compromisso da família neste projeto.

Considerando as diversas etapas do processo de enfermagem, foi elaborado um plano de cuidados às famílias dando-se, deste modo, resposta às necessidades identificadas (Apêndice XX). Por se terem formulado diagnósticos, intervenções e resultados esperados transversais a várias famílias elaborou-se um só plano de cuidados, considerando, em cada etapa, as famílias correspondentes.

### 3.4.4. Implementação de cuidados de Saúde à Família

Para Ross (2005) "A implementação eficaz de um plano de cuidados requer a aceitação e a participação da família como cliente." (p.174).

A constituição da amostra (12 famílias), tal como a obtenção dos consentimentos informados foi realizado por mim, sob a orientação da enfermeira orientadora. Após a aceitação para integrarem o projeto foram sendo agendadas as primeiras visitas domiciliárias de acordo com a disponibilidade dos intervenientes (famílias, mestranda e enfermeira orientadora).

Estando reunidas todas as condições, procedeu-se à implementação de cuidados de saúde à família em contexto de visita domiciliária (com a duração de 1 h 30 m), onde foi apresentada a sessão de educação para a saúde incidindo no tema "Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida" (Apêndice XXI). Nesta sessão foram apresentados os objetivos da mesma, a problemática relativa aos acidentes domésticos com dados recentes e os fatores de risco, os tipos de acidentes domésticos, o papel da família na prevenção de acidentes domésticos e por fim uma breve reflexão sobre a temática. Esta sessão serviu de enquadramento a toda a intervenção permitindo numa primeira abordagem, a sensibilização para a problemática dos acidentes domésticos no primeiro ano de vida e posteriormente a identificação, por parte da família, dos tipos de acidentes, fatores de risco e precauções de segurança relativamente a cada tipo de acidente doméstico no seu próprio ambiente. Optei por este tipo de abordagem para que fosse a família o principal interveniente no seu ambiente em detrimento de um papel mais participativo da minha parte. Durante a intervenção foi possível, através do kit "Criança segura" (Apêndice XXII), adquirido por mim para o efeito, fazer a demostração de alguns sistemas de segurança, nomeadamente batentes, limitadores de abertura de gavetas/portas e protetores de alvéolos de tomadas de eletricidade. As famílias mostraram-se bastante satisfeitas com esta intervenção, pois puderam percecionar a aplicabilidade dos sistemas de segurança no seu próprio ambiente doméstico ao manusearem elas próprias esses mesmos produtos.

Durante as intervenções às famílias foi igualmente aplicado o questionário (Apêndice XXIII), com o objetivo de se colher dados pertinentes para o estado de saúde

da família e ajudar a família a identificar, no seu ambiente doméstico, a presença de fatores de risco (*stressores*). Na 1ª visita domiciliária foi aplicado o questionário com as três partes que o compunham e na 2ª visita domiciliária foi aplicada a segunda e terceira parte do questionário. Em onze das doze famílias foi-me permitido percorrer todo o ambiente doméstico, juntamente com a família, onde as mesmas foram identificando, com a minha supervisão, esses mesmos *stressores*.

No final da intervenção foi aplicado um questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde à família (Apêndice XXIV) e um questionário de avaliação dos conteúdos adquiridos (Apêndice XXV). Nas segundas visitas domiciliárias, realizadas entre 4 e 7 semanas após as primeiras, foi possível verificar as mudanças que as famílias realizaram no seu ambiente doméstico, tendo em conta o recomendado para cada fator de risco - *stressor* identificado quer através da observação do local, quer da aplicação da segunda e terceira parte do questionário. Nesta segunda visita domiciliária foi possível percorrer novamente todo o ambiente doméstico em onze das doze famílias. Este momento serviu, igualmente, para identificar fatores facilitadores e dificultadores neste processo, bem como para reforçar as competências parentais através do reforço positivo relativamente às alterações verificadas no ambiente doméstico.

Importa referir que durante as visitas domiciliárias foram explicados os procedimentos a adotar em caso de acidente doméstico, nomeadamente a técnica de desengasgamento e suporte básico de vida. Para reforçar esta aprendizagem foram enviados, no final das visitas, vídeos alusivos às respetivas técnicas (*British Red Cross*, sd) bem como o link do site "Janela aberta à família" (Ministério da Saúde, 2019) com informação pertinente sobre cuidados à família – pais e filhos.

Ao longo das intervenções foram realizados ajustes na abordagem às famílias, partindo das sugestões que as mesmas foram partilhando comigo e da avaliação que fui realizando de forma continuada. Estes ajustes permitiram melhorar as intervenções subsequentes e elevar o grau de satisfação das famílias.

Importa referir que estas intervenções, em contexto de visita domiciliária, permitiram fortalecer o sistema cliente, através da prevenção primária, secundária e terciária, bem como identificar *stressores* potencialmente capazes de provocar instabilidade no *core*.

No decorrer das intervenções foi fornecido um folheto sobre "Prevenção de

acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida" (Apêndice XXVI). Este documento, elaborado sob a orientação da enfermeira orientadora e da orientadora pedagógica, foi dado a ler previamente a cinco famílias para que as mesmas dessem a sua opinião sobre a estrutura e conteúdos.

Após as devidas alterações, o folheto foi apresentado à restante equipa da USF tendo sido aprovado em reunião de Conselho Geral da USF a 20/10/2023 e entregue a cada família que aceitou participar no estudo, tal como referido anteriormente, bem como às famílias com crianças no primeiro ano de vida que recorreram à USF no âmbito da consulta de Saúde Infantil. O objetivo da elaboração deste documento foi reforçar a informação transmitida aos pais durante a visita domiciliária e permitir a assimilação da mesma após a intervenção e, às restantes famílias, o acesso a esta mesma informação.

Foi desenvolvido igualmente um póster com o título "Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida" (Apêndice XXVII), que foi apresentado à restante equipa da USF, tendo igualmente sido aprovado em reunião de Conselho Geral da USF a 20/10/2023 e entregue para afixação no gabinete de consulta de saúde infantil e juvenil. Esta forma de divulgação da informação teve como propósito o alcance da informação a todas as famílias que frequentam as consultas, bem como relembrar os profissionais de saúde da importância da temática em questão.

Para a materialização dos folhetos e do póster foi realizada parceira com a Câmara Municipal da localidade onde está inserida a USF, que se disponibilizou a imprimir os respetivos documentos.

### 3.4.5. Avaliação de Resultados de Cuidados de Enfermagem à Família

Segundo Ross (2005), a avaliação de resultados de cuidados de enfermagem à família é realizada tendo em conta os objetivos delineados e os resultados expectáveis. É um processo contínuo e presente em toda a prestação de cuidados, finalizando-se numa última avaliação pela família e enfermeiro, determinando se os objetivos foram atingidos (ou não) com sucesso (Ross, 2005). Tal como referido anteriormente as etapas do Processo de Enfermagem de Família fundem-se com as etapas da metodologia de projeto, pelo que os objetivos quer de uma metodologia quer de outra complementam-se para dar resposta aos problemas identificados.

Para a avaliação de resultados de cuidados de enfermagem à família, procedeu-se à avaliação dos objetivos do projeto e do plano de cuidados (Apêndice XX), sendo que, em diversas vezes, essa avaliação irá sobrepor-se.

Para a avaliação dos objetivos do projeto considerou-se a aplicação dos instrumentos de avaliação, referidos ao longo do presente relatório, cujos dados deram resposta aos objetivos delineados.

Relativamente à avaliação de resultados de cuidados de enfermagem à família e, e considerando a aplicação do "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014), constatou-se, após a intervenção de enfermagem, um reforço da Linha Flexível de Defesa na variável fisiológica com particular destaque para o "Tipo de acessibilidade aos medicamentos" que passou de 75% para 100%, bem como a "Condição de dormir" que passou de 66,67% para 100% ou ainda o "Tipo de acessibilidade aos detergentes" que passou de 33,33% para 91,67%. Na variável psicológica "A perceção do cuidador acerca do ambiente familiar" pudemos observar um aumento de 91,67% para 100% e na variável sociocultural com o "Tipo de supervisão – Observa/ouve constantemente" de 83,33% para 91,67% (Apêndice XV).

No que concerne ao guia "Casa segura – Conhecer para melhor proteger" (APSI, sd) importa evidenciar a categoria "As tomadas têm os alvéolos protegidos" que passou de um valor de 50% para 91,67%, para "Os fios de estores estão fora do alcance do acesso das crianças" que passou de 66,67% para 91,67%. Pese embora com menor expressão estatística, mas com grande significado, as categorias "Têm guardas adequadas (não escaláveis, no mínimo de 110 cm de altura e aberturas inferiores a 9 cm) nas "Varandas e Terraços", "Têm cancelas em cima e em baixo" nas "Escadas" e "As lareiras e os aquecimentos fixos estão protegidos" passaram de 0% para 8,33%, nas únicas famílias que possuíam estas características no seu ambiente doméstico (Apêndice XVI).

Considerando os fatores de risco (*stressores*) presentes no "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014), foi notória, após a intervenção de enfermagem, a diminuição dos mesmos em todas as variáveis com maior impacto no "Tipo de acessibilidade aos detergentes" (de 66,67% para 8,33%) tendo havido nalgumas delas a

inexistência desse risco, nomeadamente a “Condição adequada de dormir” (0%), “Tipo de acessibilidade aos medicamentos” (0%) e “Pega na criança e numa bebida quente em simultâneo” (0%) (Apêndice XVII).

Das nove crianças (75%) que integravam o grupo de alto risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar na primeira visita domiciliária, duas (16%) viram o risco reduzido na segunda visita domiciliária e sete (58,33%) passaram a não integrar o grupo de alto risco, após a intervenção de enfermagem (Apêndice XVIII).

Com o guia “Casa segura – Conhecer para melhor proteger” (APSI, sd) também foi possível identificar uma acentuada redução e até mesmo anulação de alguns fatores de risco. Principal destaque para “As tomadas não têm os alvéolos protegidos” que passou de 50% para 8,33%, “Os fios de estores não estão fora do acesso das crianças” que passou de 33,33% para 8,33% ou a “Televisão não está num móvel baixo e estável” que passou de 16,67% para 0%. Após a intervenção de enfermagem houve anulação de 30 fatores de risco (*stressores*) e diminuição de 7, o que permitiu tornar o ambiente doméstico mais seguro para a criança (Apêndice XIX).

Para além da avaliação descrita anteriormente, foram estipulados indicadores que permitiram avaliar ganhos em saúde e dar resposta aos objetivos delineados para este projeto. De acordo com os diversos indicadores passíveis de serem considerados, foram delineados os seguintes indicadores de saúde: adesão, atividade, qualidade e resultado (Apêndice XXVIII).

No que concerne aos indicadores de adesão, definiu-se a % de famílias que aderiram ao projeto, a % de famílias que aceitaram as duas visitas domiciliárias e a % de pais frequentadores do Curso de Preparação para o Nascimento que aderiram à sessão de educação para a saúde. Em todos eles atingiu-se um resultado de 100%, dos 85% definidos como meta.

Relativamente aos indicadores de atividade, definiu-se a % de visitas domiciliárias realizadas às famílias, a % de sessões de educação para a saúde realizadas às famílias, a % de sessões de educação realizadas aos pais frequentadores do Curso de Preparação para o Nascimento e a % de ações de formação realizadas à equipa de enfermagem da USF. À semelhança dos resultados atingidos nos indicadores de adesão, também foi possível atingir um resultado de 100%, dos 85% estipulados como meta.

No que diz respeito aos indicadores de qualidade, foram definidos a % de famílias que consideraram os conteúdos programáticos da sessão de educação para a saúde "Bastante adequado", a % de famílias que recomendariam a sessão de educação para a saúde a outras famílias, % de pais frequentadores do Curso de Preparação para o Nascimento que consideraram os conteúdos programáticos da sessão de educação para a saúde "Bastante adequados" e a % de pais frequentadores do Curso de Preparação para o Nascimento que recomendariam a sessão de educação para a saúde a outras famílias. Para todos os indicadores estipulou-se uma meta de 85%, tendo sido atingido, em todos eles 100%.

Considerando os indicadores de resultado, teve-se em conta a % de famílias que identificaram fatores de risco (*stressores*), a % de famílias que identificaram os tipos de acidentes domésticos, a % de famílias que nomearam medidas de segurança para o seu ambiente doméstico e por último a % de famílias que realizaram mudanças comportamentais assegurando um ambiente seguro para a criança. Para cada um deles foi estipulada uma meta de 75%, tendo-se alcançado um resultado de 100% nos três primeiros. Relativamente às mudanças realizadas pelas famílias no seu ambiente doméstico, ultrapassou-se a meta de 75%, alcançando-se um resultado de 92% (uma família manteve o seu ambiente inalterado).

A intervenção de enfermagem permitiu, à luz do Modelo de Sistemas de Neuman, fortalecer as linhas que envolvem o *core*, através da prevenção primária, secundária e terciária. A sessão de educação para a saúde realizada às famílias, a identificação dos fatores de risco (*stressores*) bem como a demonstração de equipamentos de segurança, através do kit "Criança segura" e a entrega do folheto sobre a prevenção dos acidentes domésticos, permitiu a consolidação do conhecimento dos pais e das suas próprias competências, capacitando as famílias com crianças no primeiro ano de vida para a prevenção de acidentes domésticos,

Pese embora se tenha procedido a apenas duas visitas domiciliárias pode afirmar-se que a intervenção do enfermeiro foi impactante. O sucesso da intervenção passará sempre pela forma sistemática e repetitiva de como é realizada, sendo que a sua continuidade fortalecerá a competência dos pais relacionadas com a prevenção dos acidentes de segurança envolvendo os seus filhos (Kim et al., 2022).

# 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Todos os enfermeiros, independentemente da sua especialidade, deverão partilhar um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados de acordo com a área de especialidade em questão (OE, 2019). As denominadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista englobam a vertente de educar os clientes e pares, orientar, aconselhar, liderar, incluindo a responsabilização na descodificação, disseminação e produção de investigação com o objetivo de melhorar continuamente a prática de enfermagem (OE, 2019).

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (OE, 2019) as competências emergem de quatro domínios e orientam para uma prática com responsabilidade profissional, ética e legal, para uma melhoria contínua da qualidade, para uma gestão dos cuidados e por último, para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No presente relatório é notória a imiscuição, através da descrição e análise reflexiva das atividades, dos domínios acima mencionados e do aprofundamento dos mesmos que diferenciam o enfermeiro especialista do enfermeiro de cuidados gerais. Para além do exposto, as atividades desenvolvidas, alicerçadas no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (OE, 2015) e Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), permitiram-me a construção de uma prática diferenciada reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros e prevista no regulamento em questão.

O Regulamento nº 428/2018 (OE, 2018), que define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar orienta o profissional de saúde para uma prática onde a família, enquanto unidade de cuidados, deve ser cuidada ao longo do seu ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Este cuidado deve promover a capacitação da família e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nas diversas transições. Para além desta competência, o enfermeiro deverá liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

As atividades desenvolvidas no âmbito das competências (quer na UCSP, quer na USF), espelham claramente o cuidado às famílias e a cada um dos seus membros e a liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Atendendo a cada unidade de competência, representativa do que foi desenvolvido ao longo dos estágios, foi possível demonstrar o elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades das famílias e de cada um dos seus membros.

Considero ser pertinente referir que os critérios de avaliação de cada unidade de competência foram, sem dúvida, norteadores de um construto de uma prática profissional direcionada para o cuidado especializado, tendo em conta a possibilidade de se expressar, em cada uma delas, os conhecimentos e capacidades que o profissional possui.

Ao longo deste percurso académico tive a particular preocupação de desenvolver e aprofundar conhecimentos inerentes ao 2º ciclo de estudos, demonstrando, na minha prática clínica, esses mesmos conhecimentos. A análise constante com a minha orientadora permitiu-me uma melhoria crescente. A procura da melhor evidência científica elevou os padrões de qualidade da minha prática clínica. Em ambos os estágios soube aplicar os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares deste Mestrado, com enfoque para a Unidade Curricular Investigação ao realizar, na etapa do Processo de Enfermagem - Avaliação-Recolha de Dados à Família, um estudo descritivo com recurso à estatística descritiva.

Esta intencionalidade na articulação do saber com a prática permitiu-me ter a capacidade de lidar com situações de caráter particularmente complexo, procurando soluções com a máxima responsabilidade profissional, ética e legal.

A capacidade de comunicar o meu conhecimento ou conclusões, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e inequívoca, permitiu-me exponenciar a minha pessoa, enquanto ser humano e enquanto enfermeira, trazendo à superfície aqueles que deverão ser os melhores cuidados. Os cuidados especializados!

Face ao exposto, posso afirmar que demonstrei em todo o percurso de estágio e neste relatório que se apresenta, a aquisição e desenvolvimento das competências para o ciclo de estudos em questão, bem como o desenvolvimento das competências, segundo os Descritores de Dublin para o grau de mestre, enaltecendo a prática de enfermagem em todos os momentos do meu agir.

# 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem de saúde familiar reveste-se de uma particular singularidade. Reconhecer a família como unidade de cuidados, considerando o ciclo vital deste sistema e de cada um dos membros que dela fazem parte, é permitir um cuidado centrado na sua capacitação, considerando os seus objetivos de saúde.

Todas as famílias vivenciam, de uma forma ou de outra, inúmeras transições ao longo do seu ciclo vital. Inerente ao processo de vida, assim temos transições expetáveis e desejadas, bem como aquelas que não controlamos de todo e que se tornam num momento, mais ou menos prolongado, de profunda consternação e infelicidade. Ter um papel preponderante no seguimento da família e de cada um dos seus membros nestas situações, enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar, torna o cuidado ainda mais significativo. A comunicação terapêutica, ferramenta imprescindível no cuidado à família, permite a significação deste cuidado tão específico. Ao envolver-se de uma intencionalidade e consciencialização permite a concretização de uma resposta individualizada à pessoa alvo dos cuidados de enfermagem e, por conseguinte, um padrão elevado na qualidade desses mesmos cuidados.

A articulação das unidades curriculares que compõem o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar com a prática clínica foi extremamente importante para a consecução dos objetivos propostos para cada um dos estágios e para a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. A prática clínica, alicerçada na melhor evidência científica, permitiu-me responder de forma adequada às solicitações das famílias que fui conhecendo e cuidando ao longo dos estágios.

O estudo de caso elaborado no estágio que decorreu na UCSP, permitiu-me um conhecimento profundo das necessidades específicas daquela família, conduzindo-me a uma prática profissional orientada para a consecução dos objetivos de saúde da família, através da comunicação terapêutica e através de intervenções interacionais, como os rituais terapêuticos, a metáfora ou a conotação positiva.

O projeto de intervenção de saúde às famílias desenvolvido no estágio na USF,

com recurso ao Processo de Enfermagem de Família permitiu a capacitação das famílias com crianças no primeiro ano de vida para a prevenção de acidentes domésticos através de um recurso extremamente importante que os enfermeiros possuem – a visita domiciliária. A proximidade existente entre o enfermeiro de família e a família foi catalisadora de uma promoção da saúde integrando o Modelo de Sistemas de Neuman.

A revisão *scoping* realizada permitiu-me mapear na evidência científica as intervenções do enfermeiro de família para prevenção dos acidentes domésticos, orientando-me no percurso académico e na consecução dos objetivos do estágio.

E porque todos os projetos apresentam constrangimentos e limitações é importante referir que no estudo de investigação só foi possível realizar a intervenção a 12 famílias, tendo em conta a (pouca) disponibilidade da equipa em acompanhar-me nas visitas domiciliárias (processo de candidatura a Modelo B) e o parecer favorável (tardio) por parte da Comissão de Ética da ARSLVT. Todavia, o ajuste temporal permitiu-me incorporar outras atividades que não estavam planeadas, como a comunicação num evento científico sob formato de póster, otimizando, desta forma, o tempo disponível antes do início das intervenções às famílias. Outros dos constrangimentos sentidos prendeu-se com a conciliação da disponibilidade das famílias, da minha disponibilidade e da disponibilidade da enfermeira orientadora.

Gostaria ainda de salientar que futuramente é expectável a apresentação dos resultados do estudo à equipa da USF e na 6ª Reunião Internacional da RACS a realizar este ano (resumo submetido e a aguardar validação) e a publicação da revisão *scoping* em revista científica. Relativamente ao instrumento desenvolvido pela Dr.ª Ana Ramos seria importante a incorporação de "presença de irmãos" como fator de risco, tendo em conta as inúmeras situações reportadas pelas famílias ao longo do estágio.

A evidente lacuna científica em Portugal, no que diz respeito a estudos relacionados com a prevenção dos acidentes domésticos, leva-me a salientar a importância de mais estudos nesta área temática.

Este relato escrito, que agora termina, permitiu explanar a descrição do percurso realizado durante os estágios, enaltecendo as atividades desenvolvidas sustentadas nos Modelos Teóricos, com ênfase no desenvolvimento e aquisição das Competências Comuns e Especializadas do Enfermeiro em Enfermagem de Saúde Familiar e do grau de mestre.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Abbassinia, M., Barati, M. & Afshari, M. (2019). Effectiveness of interventions in the prevention of home injuries among children under 5 years of age: A systematic review. *Arquives of TRAUMA Research*, 8(4), 190-197. https://www.researchgate.net/profile/Majid-Barati/publication/338517429_Effectiveness_of_interventions_in_the_prevention_of_home_injuries_among_children_under_5_years_of_age_A_systematic_review/links/5e18c1cc299bf10bc3a33d43/Effectiveness-of-interventions-in-the-prevention-of-home-injuries-among-children-under-5-years-of-age-A-systematic-review.pdf

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2023). *ACES Lezíria – ARSLVT*. https://www.arslvt.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/aces-leziria/

Alfaro-LeFevre, R. (2014). *Aplicação do Processo de Enfermagem* (8ª Edição). Artmed Editora.

Amaro, F. (2001). *A Classificação das famílias segundo a escala de Graffar*. Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2022). *Relatório de avaliação: 30 anos de segurança infantil em Portugal 2022*. https://apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf

Barbetta, P. (2017). Milan Systemic Family Therapy. In Lebow, J., Chambers, A., Breunlin, D. (Eds.) *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-8). Springer https://doi.org/10.10007/978-3-319-15877-8_240-1

Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lusodidacta.

British Red Cross. (sd). *Learn First aid for a child who is choking*. https://www.redcross.org.uk/first-aid/learn-first-aid-for-babies-and-children/choking-child

Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In A. Meleis (Ed.) *Transitions Theory: Middle Range and Situation SApecific Theories in Nursing Research and Practice.* (pp. 24-38). Springer Publishing Company.

Decreto-Lei nº 74/2006 (2006). Regime jurídico e graus de diploma do ensino superior.

*Diário da República*, n.º 60/2006, Série I-A (24-03-2006). ELI: https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440

Decreto-Lei nº 298/2007 (2007). Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Ministério da Saúde. *Diário da República*, nº 161/2007, Série I (22-08-2007), 5587-5596. ELI: https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf

Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da República. *Diário da República,* n.º 38/2008, Série I (22-02-2008), 1-15. ELI: https://www.parlamento.pt/Documents/2019/julho/descentralizacao/Adalberto-Campos-Fernandes/ACES-Decreto-Lei.pdf

Decreto-lei nº 118/2014 (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I (nº 149 de 05-08-2014), 4069 – 4071. ELI: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561

Decreto-Lei nº 73/2017 (2017). Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Ministério da Saúde. *Diário da República,* Série I (nº 118 de 21-06-2017), 3128-3140. ELI: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409

Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano de Acção para a Segurança Infantil*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/PLANO_ACAO_SEGURANCA_INFANTIL_DGS.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx

Doenges, M. & Moorhouse, M. (2012). *Application Of Nursing Process and Nursing Diagnosis An Interactive Text for Diagnostic Reasoning* (6th Edition). Kindle Edition.

Doğan, M. & Öztürk, M. (2021). The Prevention of Non-traumatic Home Accidents Among Children Aged 0-6 Year. *The Journal of Current Pediatrics*, 19, 23-29.

https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=1a52fe2f-6ef9-4852-a2a7-75a703bc5860%40redis

Galdeano, L., Rossi, L & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (3). https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016

Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos_escritos_Publicar_28deze2022.pdf

Hospital de Vila Franca de Xira (2024). *Hospital de Vila Franca de Xira - ULS Estuário do Tejo*. https://www.hospitalvilafrancadexira.pt/noticias/uls-estuario-do-tejo

Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In A. Tomey & M. Alligood (Autoras). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (pp. 423-444). Springer Publishing Company.

Instituto Nacional de Saúde (2020). *Infográfico EVITA – Acidentes Domésticos e de Lazer: Causas – INSA.* https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/6654/2/INSA-Infogr%c3%a1fico-EVITA-A4.jpg

Jajic, A. (2011). The Client System as Family, Group, or Community. In B. Neuman, J., J. Fawcett (Eds). (2011). *The Neuman Systems Model* (Fifth Edition, pp. 70-74). Pearson.

Joanna Brigs Institute (2021). *JBI Manual for Evidence Synthesis: Development of a scoping review protocol*. https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4685874/Downloadable+PDF+-+current+version?attachment=/download/attachments/4685874/JBIMES_2021April.pdf&type=application/pdf&filename=JBIMES_2021April.pdf

Kahriman, I. & Karadeniz, H. (2018). Effects of a safety-Awareness_Promoting Program Targeting Mothers of Children Aged 0-6 Years to Prevent Pediatric Injuries in the Home Environment: Implications for Nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 25(5), 327-335. https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=1a52fe2f-6ef9-4852-a2a7-75a703bc5860%40redis

Kim, M., Lee, H., Lee, Y., Kim, J. & Cho, H. (2022). Analysis of research on interventions for the prevention of safety accidents involving infants: a scoping review. *Child Health Nursing Research,* 28(4), 234-246. DOI: 10.4094/chnr.2022.28.4.234

Loch, J. A., Gauer, G. J. & Casado, M. (2008). *Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica*. EDIPUCRS.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* , 23(1), 12-28. Aspen Publication.

Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In A. Meleis (Ed.) Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories. In *Nursing Research and Practice.* (pp. 24-38). Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde (2019). *Janela aberta à família*. https://janela-aberta-familia.min-saude.pt/

Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman, J. Fawcett (Eds). (2011). *The Neuman Systems Model* (Fifth Edition, pp. 3-33). Pearson.

Nichols, M. & Schwartz, R. (2007). *Terapia Familiar – Conceitos e Métodos* (7ª edição). Artmed.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado com Anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto - REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® - Versão 2015*. Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2023). *MCEEC adota Modelo Calgary como referencial em enfermagem de saúde familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/mceec-adota-modelo-calgary-como-referencial-em-enfermagem-de-sa%C3%BAde-familiar/

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Pordata (2021). *Censos de Portugal em 2021: resultados por tema e por concelho – famílias*. https://www.pordata.pt/censos/resultados/familias-portugal-1075

Portaria nº 1368/2007 (2007). Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF). Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I (Nº 201/2007 de 18-10-2007), 7655-7659. ELI: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123

Portaria nº 454-A/2023 (2023). Regula o procedimento de candidatura aplicável à constituição das unidades de saúde familiar modelo B, os processos de monitorização e de acompanhamento e ainda os mecanismos de transição para unidades de saúde familiar modelo B. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº 249/2023 de 28-12-2023), 2-12. ELI: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/454-a-2023-835862896

Ramos, A. (2014). *Construção e adequação de um instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar, em crianças até aos quatro anos* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12033

Ramos, A., Nunes, L. (2014). Criança em ambiente doméstico/ familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional. *Referência – Revista de Enfermagem*, série IV nº 1, 45-54. http://dx.doi.org/10.12707/RIII11299

Regulamento nº 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Assembleia da República. *Diário da República*, Série II (nº 184/2019 de 2019-09-25, 128-155. ELI: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família*. Edições Afrontamento.

Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho: da teoria à terapia com a família*. (2ª edição). Quarteto.

Ross, B. (2005). O Processo de Enfermagem e Cuidados de Saúde à Família. In S. Hanson (Ed.), *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação* (Segunda Edição, pp. 157-179). Lusociência

Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. & Alunos de Enfermagem do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Serviço Nacional de Saúde (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários - ACeS Lezíria*. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/Pages/default.aspx

Serviço Nacional de Saúde (2022). *Programas de Saúde Prioritários.* https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/

Serviço Nacional de Saúde (2023). *BI-CSP ACeS Lezíria*. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/Pages/default.aspx

Serviço Nacional de Saúde (2023). *BI-CSP USF* (ocultada unidade). (link ocultado para preservar identidade da USF).

Serviço Nacional de Saúde (2023). *Já está criada a nova Unidade Local de Saúde da Lezíria.* https://www.hds.min-saude.pt/ja-esta-criada-a-nova-unidade-local-de-saude-da-leziria/

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. I. Meleis (Ed.). *Transitions theory* (pp. 38-51). Springer.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Significado da Teoria para a Enfermagem, Enquanto Disciplina e Profissão. In A. Tomey & M. Alligood (Eds). 2004. *Teóricas de*

*Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição, Capítulo 2, pp. 15-34). Lusociência.

Unidade de Saúde Familiar (2023). *Regulamento interno v2.2.* (link ocultado para preservar identidade da USF).

Unidade de Saúde Pública (2019). *Plano Local de Saúde ACeS Estuário do Tejo 2018-2020.*

World Health Organization (2022, novembro 28). *Prevention injurie and violence: an overview*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361331/9789240047136-eng.pdf?sequence=1

Wright, L & Leahey, M. (2011). *Enfermeira e Famílias – Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª edição). Roca.